الجمهورية العربية السوريَّة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة دمشق

كُلّية الاقتصاد

قسم التمويل والمصارف

أثر نشاط شركات إدارة النفقات الصحيَّة في أداء فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين السوريَّة

بحث مُقدَّم لنيل درجة الماجستير في التمويل والمصارف

إعداد الطالب: خلف عبدالباري خلف

إشراف الأستاذ الدكتور: عمار ناصر آغا

دمشق 2024م

الجمهورية العربية السوريَّة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة دمشق

كُلّية الاقتصاد

قسم التمويل والمصارف

نوقشت رسالة الطالب خلف عبدالباري خلف بعنوان :

" أثر نشاط شركات إدارة النفقات الصحيَّة في أداء فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين السوريَّة "

وأجيزت يوم الأربعاء الواقع في 2025/1/8 من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم الأكارم:

الاسم	الصفة	التوقيع
د. عمار ناصر آغا	المشرف	
د. عبدالرزاق حساني	عضواً	
دز عبدالله القزاز	عضواً	

الجمهورية العربية السوريَّة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة دمشق

كُلّية الاقتصاد

قسم التمويل والمصارف

أنا الطالب خلف عبدالباري خلف أصرح بإن الدراسة:

" أثر نشاط شركات إدارة النفقات الصحيَّة في أداء فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين السوريَّة "

ومقترحات معالجتها غير مقتبسة من أي عمل علمي منشور سابقاً، ولم يسبق أن قُبلت للحصول على أي شهادة علمية.

خلف عبدالباري خلف

2025/1/8 دمشق، سورية

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله رب العالمين على ما مَنَّ به عليَّ ووفقني لإنهاء جميع متطلبات درجة الماجستير في التمويل والمصارف.

ويسرني أن أتقدَّمَ بجزيل الشكر والامتنان لمن كان له الفضل الأكبر في إنجاز هذه الدراسة ومنحني من وقته ومعرفته الكثير:

الأستاذ الدكتور عمار ناصر آغا

وفَّقه الله وأدامه ذخراً للعلم والمعرفة

كما أتوجَّهُ بجزيل الشكر والامتنان إلى أساتذتي الكرام في كُلّية الاقتصاد في جامعة دمشق لما قدَّموه من عناية واهتمام ولما زوَّدوني به من معلومات قيّمة، فكانوا المثل والقدوة التي يُحتذى بها.

إهداء

إلى مُعلمي الأول ومثلي الأعلى....

رمز الكفاح والطموح....

" إلى أبي الغالي "

إلى سيدة حياتي الأولى....

سيدة التضحية والحنان....

" إلى أمي الغالية "

إلى النجوم الساطعة التي أنارت دربي على الدوام....

" أخواتي وأخوتي "

إلى شريكي في كُلّ التفاصيل....

سر قوتي وسندي الراسخ....

" زوجتي وابني "

إلى وطني الحبيب سوريَّة....

إلى دمشق وجامعتها العريقة....

إلى زملائي الأعزاء في هيئة الإشراف على التأمين....

وإلى كُلّ من مدَّ لي يد العون.... أُهدي هذا العمل المُتواضع....

الباحث

الملخص

في هذه الدراسة يدرسُ الباحثُ أثرَ نشاط شركات إدارة النفقات الصحيَّة في أداء فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين السوريَّة، من خلال استعراض ماهية الخطر والتأمين والتعريف بالتطور التاريخي للتأمين في سوريَّة والفرص والتحديات التي تحيط بواقع التأمين السوري، بالإضافة إلى تسليط الضوء على ماهية التأمين الصحي بشكل مُفصَّل وأنواعه وأهدافه، كما تمت دراسة واقع التأمين الصحي في سوريَّة والتعَّرف إلى واقع التأمين بأدواته والصعوبات التي تواجه التأمين الصحي في سوريَّة، كما تمت دراسة إدارة الرعاية الصحيَّة من حيثُ المفهوم والأهمية وبشكل خاص تمَّ التركيز على شركات إدارة النفقات الصحيَّة والتعرف إلى دورها في قطاع التأمين السوري والعلاقة بين شركات إدارة النفقات الصحيَّة وشركات التأمين السوريَّة. اعتمدَ الباحثُ المنهجَ النظريَّ في بيان نشأة كُلّ من التأمين الصحي والرعاية الصحيَّة، وتطور دورهما في السوق السوريَّة، بالإضافة إلى مراجعة الأدبيات في الدراسات العلمية العربية والأجنبية.

كما اعتمدَ المنهجَ الوصفيَ التَحلُّيلي لتوصيف عينة الدراسة وتَحلُّيل العلاقات بين مُتغيرات الدراسة من خلال نماذج ARDL (auto regressive distributed lag) كأحد نماذج تَحلُّيل انحدار السلاسل الزمنية للمُتغيرات وتبعاً للفرضيات التي تخدم أهداف الدراسة، من خلال ست فرضيات؛ تختبر كُلّ منها علاقة مؤشرات النشاط والربحية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة (معدل العائد على الأصول (ROA) ومعدل العائد على حقوق الملكية ROE)) كمُتغيرات مستقلة في أحد مؤشرات أداء فرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة (حجم الأقساط، حجم المطالبات وحجم الربح الفني).

توصَّلَ الباحثُ إلى أن اعتماد شركات التأمين الخاصَّة على شركات إدارة النفقات الصحيَّة في إدارة محافظ التأمين الصحي بدءاً من التسعير ولغاية معالجة المطالبات الصحيَّة يُؤثّرُ بشكل سلبي في كفاءة قطاع التأمين الصحي في سوريَّة، لا سيما في ظلّ عدم وجود حدود فاصلة واضحة وحاسمة بين نطاق أعمال شركات إدارة النفقات الصحيَّة وشركات التأمين السوريَّة؛ بالإضافة إلى وجود تضارب مصالح بين شركات النفقات الصحيَّة وشركات التأمين الخاصَّة، لا سيما في التسعير والتسويق والتنافس، كما توصَّلَ الباحثُ إلى وجود علاقة جوهرية بين معدل العائد على الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة والربح الفني للتأمين الصحي في شركات التأمين السوريَّة الخاصَّة.

الكَلّمات المفتاحية: شركات التأمين– شركات إدارة النفقات– مُقدّمو الخدمات الصحيَّة – المُؤمن لهم.

فهرس المحتويات:

إجازة 1
إقرار 2
شكر وتقدير 3
إهداء.....4
المُلخَّص 5
فهرس المحتويات.....6
فهرس الجداول 9
فهرس الأشكال.....12
الفصل الأول: الإطار العام للبحث 13
المقدمة: 14
1.1 مشكلة الدراسة: 15
2.1 أهمية الدراسة: 16
3.1 أهداف الدراسة: 17
4.1 مُتغيرات الدراسة: 17
5.1 فرضيات الدراسة: 18
6.1 مُصطلحات الدراسة:.....19
6.1 مُحدّدات الدراسة: 19
7.1 منهجية الدراسة: 20
8.1 الدراسات السابقة: 21
الفصل الثاني: الخطر والتأمين: 24
المبحث الأول: مفهوم الخطر والتأمين وعقود التأمين: 25

1.2 مفهوم الخطر وأنواعه: 25
2.2 لمحة تاريخية عن التأمين: 26
3.2 عقود التأمين: 27
4.2 مبادئ عقود التأمين وخصائصها: 28
المبحث الثاني: التأمين في سوريَّة 34
5.2 لمحة عن التأمين في سوريَّة: 34
6.2 تطور سوق التأمين في سوريَّة: 34
7.2 التحديات التي تواجه التأمين في سوريَّة: 36
المبحث الثالث: التأمين الصحي والرعاية الصحيَّة: 38
8.2 إدارة الرعاية الصحيَّة:..... 38
9.2 الأطراف المشاركة في إدارة الرعاية الصحيَّة: 40
10.2 مفهوم التأمين الصحي: 42
11.2 أنواع التأمين الصحي: 43
12.2 أهداف التأمين الصحي: 43
الفصل الثالث: التأمين الصحي في سوريَّة: 45
المبحث الأول: واقع التأمين الصحي في سوريَّة: 46
1.3 المقدمة: 46
2.3 أداء شركات التأمين الخاصَّة في سوريَّة: 47
3.3 الصعوبات التي تواجه التأمين الصحي في سوريَّة: 54
4.3 المزايا التي يحققها التأمين الصحي في سوريَّة: 55
المبحث الثاني: شركات إدارة النفقات الصحيَّة: 56
5.3 ماهية شركات إدارة النفقات الصحيَّة: 56
6.3 شركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة: 60

7.3 الأداء الفني لشركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة: 62

8.3 الأداء المالي لشركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة: 67

المبحث الثالث: العلاقة بين شركات إدارة نفقات التأمين الصحي وبين شركات التأمين: 74

9.3 التعاقد بين شركات إدارة النفقات الصحيَّة وشركات التأمين:..... 75

10.3 تضارب المصالح في العلاقة المتداخلة بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة:..79

الفصل الرابع: الدراسة العملية واختبار الفرضيات 81

1.4 مُتغيرات الدراسة:..... 82

2.4 فرضيات الدراسة:..... 82

3.4 مُحدّدات الدراسة..... 83

4.4 منهجية الدراسة..... 83

5.4 مجتمع وعينة الدراسة..... 83

6.4 الإحصاءات الوصفية: 84

7.4 اختبار الفرضيات:..... 86

النتائج:..... 107

التوصيات:..... 109

قائمة المراجع..... 110

فهرس الجداول:

اسم الجدول	الصفحة
الجدول (3-1): إجمالي أقساط شركات التأمين الخاصَّة في السوق السوريَّة لعامي 2021-2022	48
الجدول (3-2): حصة شركات التأمين الخاصَّة من أقساط فرع التأمين الصحي لعامي 2021-2022	49
الجدول (3-3): حصص شركات التأمين الخاصَّة من إجمالي المطالبات لعامي 2021-2022	50
الجدول (3-4): حصص شركات التأمين الخاصَّة من مطالبات التأمين الصحي لعامي 2021-2022	51
الجدول (3-5): حصص شركات التأمين الخاصَّة من إجمالي الربح الفني لعامي 2021-2022	52
الجدول (3-6): حصص شركات التأمين الخاصَّة من الربح الفني في قطاع التأمين الصحي لعامي 2021-2022	53
الجدول (3-7): شركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة	60
الجدول (3-8): توزع فروع شركات إدارة النفقات الصحيَّة في المحافظات السوريَّة	61
الجدول (3-9) توزع المؤمنين على قطاع السوق السوريَّة لعام 2022	63
الجدول (3-10): أعداد المؤمنين في شركات إدارة النفقات الصحيَّة لعامي 2021-2022	63
الجدول (3-11) حصص شركات الإدارة من عدد المؤمنين في قطاع شركات التأمين الخاصَّة لعامي 2021-2022	64
الجدول (3-12) عدد المستفيدين من خدمات التأمين الصحي لعامي 2021-2022	65
الجدول (3-13): عدد المطالبات خلال النصف الأول لعامي 2021-2022	66
الجدول (3-14) إجمالي الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة لعامي 2021-2022	68
الجدول (3-15) إجمالي حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة لعامي 2021-2022	69

الجدول (3–16) إجمالي الدخل الصافي في شركات إدارة النفقات الصحيَّة 2021–2022	70
الجدول (3–17) معدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة لعامي 2021–2022	72
الجدول (3–18) معدل العائد على حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة لعامي 2021–2022	73
الجدول (3–19) شركات إدارة النفقات الصحيَّة المتعاقد معها من قبل شركات التأمين الخاصَّة لعام 2022	77
الجدول (3–20) نسبة الأتعاب الإدارية لشركات إدارة النفقات الصحيَّة إلى أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة لعامي 2021–2022	78
الجدول (4–1): الإحصاءات الوصفية	85
الجدول (4–2) اختبار التوزع الطبيعي لمتغيري الأقساط والمطالبات بعد التحويل اللوغاريتمي لكُلّ منهما	86
الجدول (4–3) نتائج اختبار جذر الوحدة واستقرارية السلاسل الزمنية مع القاطع فقط	87
الجدول (4–4) نتائج اختبار جذر الوحدة واستقرارية السلاسل الزمنية مع القاطع والاتجاه	88
الجدول (4–5) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية الأولى	89
الجدول (4–6) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الأولى	90
الجدول (4–7) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الأولى	91
الجدول (4–8) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية الثانية	92
الجدول (4–9) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الثانية	93
الجدول (4–10) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الثانية	94
الجدول (4–11) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية الثالثة	95

الجدول (4–12) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الثالثة	97
الجدول (4–13) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الثالثة	97
الجدول (4–14) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية الرابعة	98
لجدول (4–15) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الرابعة	99
الجدول (4–16) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الرابعة	100
الجدول (4–17) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية الخامسة	101
الجدول (4–18) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الخامسة	102
الجدول (4–19) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الخامسة	102
الجدول (4–20) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية السادسة	103
الجدول (4–21) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية السادسة	105
الجدول (4–22) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية السادسة	105

فهرس الأشكال:

الشكل	الصفحة
الشكل (2-1) تطور حجم أعمال قطاع التأمين من 2006 لغاية 2022	35
الشكل (3-1): الحصة السوقية لشركات التأمين الخاصَّة من أقساط التأمين الصحي لعام 2022	49
الشكل (3-2): الحصة السوقية لشركات التأمين الخاصَّة من مطالبات التأمين الصحي لعام 2022	51
الشكل (3-3): الحصة السوقية لشركات التأمين الخاصَّة من الربح الفني في قطاع التأمين الصحي لعام 2022	53
الشكل (3-4): مُقارنة توزع فروع شركات النفقات الصحيَّة لعامي 2021-2022	61
الشكل (3-5): حصة كُلّ شركة إدارة النفقات الصحيَّة من إجمالي المؤمنين لعام 2022	64
الشكل (3-6): المعدل الوسطي للمطالبات لعام 2022	66
الشكل (3-7) حصص شركات إدارة النفقات الصحيَّة من الأصول لعام 2022	68
الشكل (3-8) حصص شركات إدارة النفقات الصحيَّة من إجمالي حقوق الملكية لعام 2022	69
الشكل (3-9) حصص شركات إدارة النفقات الصحيَّة من إجمالي صافي الدخل لعام 2022	71
الشكل (3-10) حصص شركات التأمين الخاصَّة من الأتعاب الإدارية التي تدفعها لشركات إدارة النفقات الصحيَّة لعام 2022	78
الشكل (4-1) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية الأولى	91
الشكل (4-2) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية الثانية	94
الشكل (4-3) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية الثالثة	98
الشكل (4-4) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية الرابعة	100
الشكل (4-5) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية الخامسة	103
الشكل (4-6) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية السادسة	106

الفصل الأول: الإطار العام للبحث
المقدمة:
1.1 مشكلة الدراسة.
2.1 أهمية الدراسة.
3.1 أهداف الدراسة.
4.1 فرضيات الدراسة.
5.1 مُتغيرات الدراسة.
6.1 مُصطلحات الدراسة.
7.1 مُحدّدات الدراسة.
1.8 منهجية الدراسة.
9.1 الدراسات السابقة.

- **المقدمة:**

الصحةُ حقٌّ أساسي من حقوق الإنسان[1]، لا غنى عنه، من أجل التمتع بحقوقه الأُخرى. ويحقُّ لكُلّ إنسان أن يتمتعَ بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ويفضي إلى العيش بكرامة. تقوم الدولة بإعمال الحق في الصحة من خلال طرق عدة؛ مثل وضع سياسات صحيَّة، بناء مؤسسات صحيَّة، تقديم خدمات صحيَّة بمستوى لائق، مع ما يتطلب ذلك من تأهيل العاملين في القطاع الصحي، التشريعات والأنظمة اللازمة للاستفادة من الخدمات الصحيَّة كنظام التأمين الصحي وأنظمة التحويل خارج المؤسسات الصحيَّة الرسمية. يعدُّ التأمينُ الصحيُّ أهم فروع التأمين، حيثُ يعنى بأخطار العلل والأمراض التي تصيب الإنسان بصورة عامة بصرف النظر عن كونه من العاملين أو من غير العاملين، وعلى الرغم من أنَّ سوريَّةَ مسؤولةٌ عن تقديم العلاج بصورة مجانية لمواطنيها، استناداً إلى حقوق المواطنة[2]، إلَّا أنَّ ارتفاعَ تكلفة العلاج قد جعل الحكومة غير قادرة على توفيره بصورة شاملة عبر مستشفياتها ومراكزها العلاجية.

التأمين الصحي كمنظومة شأنه شأن فروع التأمين الأخرى يقومُ على نظرية الأعداد الكبيرة في الاشتراك وفلسفة التكافل الاجتماعي في تحمُّل الأعباء[3]، والاعتماد على التمويل الذاتي من الاشتراكات مقابل تقديم الخدمات الصحيَّة، كما أنَّ التأمينَ الصحيَّ اليوم يسهم في رفع الكفاءة والجودة في صناعة الطب والعلاج، ويمكن أن يُوفّرَ رؤوسَ أموالٍ للمستشفيات تمكّنها من تمويل نفسها وشراء الأجهزة ودعم الأبحاث وتقديم أجور عالية لاستقطاب الكوادر الصحيَّة والفنية الماهرة، كما هو واضح من تجارب الدول الصناعية المتقدمة التي سبقتنا طبياً بسبب دخولهم سوق صناعة التأمين منذ قرون[4].

في سوريَّة وعلى مدى عقود ماضية تركزت أعمال التأمين المباشر على ممارسة المؤسسة العامة السوريَّة للتأمين لدورها المنفرد في تقديم الخدمات التأمينية بصفتها مؤسسة تابعة للقطاع العام وفق المتطلبات التي تمليها خطة الدولة في الإطار العام للاقتصاد الوطني وبما يُلبّي احتياجاته، إلى أن أحدثت هيئة الإشراف على التأمين بموجب المرسوم التشريعي /68/ لعام 2004م، حيثُ تنظم الهيئة قطاع التأمين وإعادة التأمين والإشراف عليه بما يكفل توفير المناخ الملائم لتطويره وتعزيز دور صناعة التأمين في ضمان الأشخاص والممتلكات وتغطية المسؤوليات، وكذلك الإشراف على تجميع المدخرات الوطنية وتنميتها واستثمارها لدعم التنمية الاقتصادية. وجاء المرسوم التشريعي /43/ لعام 2005م، الناظم لأعمال التأمين لتطوير عمل قطاع التأمين وإعادة التامين في سوريَّة، حيثُ تمت إتاحةُ الفرصة لشركات التأمين الخاصَّة

---

[1] الإعلان العالمي لحقوق الإنسان –الجمعية العامة للأمم المتحدة https://www.un.org/ar/global-issues/human-rights

[2] دستور الجمهورية العربية السوريَّة لعام 2012، المواد (25،22،2).

[3] معهد المالي– مؤسسة النقد العربي السعودي، مدخل إلى أساسيات التأمين، الرياض، 2016.

[4] Cathy Irving, Sean Agass, Eleanor Stanley, A short history of the Health Foundation, the Health Foundation, London,2022.

لمزاولة أعمال التأمين في سوريَّة، ومُنحت اثنتا عشر شركة خاصَّة تراخيص المزاولة وتتضمَّن محافظ كُلّ الشركات منتجات التأمين الصحي وتعمل على تسويق هذا النوع من الوثائق، حيثُ شهد هذا الفرع نمواً ملحوظاً خلال السنوات التي سبقت الأزمة السوريَّة وبلغ مجموع أقساط فرع التأمين الصحي لعام 2010م 3,536,764,788 ليرة سوريَّة وبنسبة نمو 424.68 % عن عام 2009، حيثُ بلغ مجموع أقساط التأمين الصحي 674,082,055 ليرة سوريَّة[5]، وسرعان ما استعانت شركات التأمين بشركات إدارة النفقات الصحيَّة، حيثُ منحت هيئة الإشراف على التأمين ثمان شركات تراخيص مزاولة إدارة النفقات الصحيَّة وتشرف عليها الهيئة وفق نظام شركات إدارة النفقات التأمين الصحي (TPA) رقم (345) باعتبار أنَّ دورةَ التأمين الصحي تعتمدُ على تعاون عدة جهات وهي: شركات التأمين ومُقدّمي الخدمات الصحيَّة وشركات إدارة النفقات الصحيَّة. والهدف الأساسي من إنشاء شركات كهذه هو تقديم أنواع الخدمات الإدارية والتقنية كافة لجميع الهيئات والأفراد والمؤسسات المعنية بالتأمين الصحي وتنسيق العلاقات بينهم؛ وإن كان الواقع يشير إلى انحسار دورها في سوريَّة بإدارة عقود التأمين الصحي. حيثُ تُشكّلُ شركةُ إدارة النفقات الصحيَّة نقطةَ التقاطع والوصل بين مُقدّمي الخدمات الصحيَّة من جهة وبين المؤمن لهم من جهة ثانية.

إنَّ شركات إدارة النفقات الصحيَّة هي التي تقوم بالتعاقد مع مُقدّمي الخدمات الصحيَّة من مشافٍ وصيدليات وعيادات ومراكز اختبارات تشخيصية ومراكز علاج فيزيائي ومراكز نظارات بالنيابة عن شركات التأمين، وذلك مقابل حصول هذه الشركات على نسبة مُعينة من أقساط التأمين الصحي لدى شركات التأمين، وتحاول الدراسة تسليط الضوء على جزء من العلاقة بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة, وجمع البيانات الكمية وتَحلُّيلها لاختبار العلاقة بين نشاط شركات إدارة النفقات الصحيَّة من جهة، وأداء فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين السوريَّة الخاصَّة من الجهة الأخرى.

في ضوء ما تقدم، تهدف الدراسة إلى بيان دور شركات إدارة النفقات الصحيَّة في رفع كفاءة محافظ التأمين الصحي في شركات التأمين السوريَّة، وذلك من خلال تَحلُّيل مُؤشرات النشاط الخاصَّة بشركات إدارة النفقات الصحيَّة وأثرها على مؤشرات كفاءة محافظ التأمين الصحي.

1.1 مشكلة الدراسة:

على الرغم من الأهمية الكبيرة للخدمات الصحيَّة في المجتمع، لا يزال قطاع التأمين الصحي يُعاني من انخفاض مستوى الدخل وعدم انتشار الوعي التأميني وعدم توافر التنسيق والتعاون المطلوب بين أطراف عقود التأمين الصحي، حيثُ تتداخل الأهداف والواجبات لهذه الأطراف، ممَّا يُؤثّرُ سلباً في جودة الخدمة

[5] التقرير السنوي لقطاع التأمين السوري 2010 https://www.sisc.sy/img/uploads1/publication_pdf_174.pdf

المُقدَّمة وبالتالي انعكاس عدم الانسجام في قطاع الرعاية الصحيَّة برمته، ويمكن أن يُبرر اختيار مشكلة الدراسة من خلال الأسئلة الآتية:

– ما أوجه وأبعاد الأثر الذي يتركه نشاط شركات إدارة النفقات الصحيَّة في أداء فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين السوريَّة؟

– ما مدى مساهمة شركات إدارة النفقات الصحيَّة في رفع كفاءة قطاع التأمين الصحي؟

– هل تساهم شركات إدارة النفقات الصحيَّة في تخفيف الأعباء الإدارية والمالية عن شركات التأمين، دون أن تخرج عن الحياد عند تسوية المطالبات؟

– ما مدى تأثير شركات إدارة النفقات في حجم القطاع الصحي في شركات التأمين؟

– هل تلتزم شركات إدارة النفقات بواجباتها اتجاه شركات التأمين؟ وهل تمتلكُ شركاتُ التأمين آليات رقابة وخبرات طبية لتقييم التزام شركات إدارة النفقات الصحيَّة؟

– ما مدى قدرة قطاع التأمين الصحي على الاستجابة للاحتياجات الصحيَّة للمواطنين، والعمل على إصلاح القطاع الصحي ووضع سياسات واستراتيجيات صحيَّة شاملة لمرحلة إعادة الإعمار؟

2.1 أهمية الدراسة:

تنبعُ أهميةُ الدراسة النظرية من خلال المساهمة في تزويد المكتبة السوريَّة، بدراسةٍ وافيةٍ عن قطاع لم ينل الحظوة الكافية من الدراسة والتعمَّق، بالإضافة إلى النظر في الإطار المفاهيمي ومراجعة الأدبيات السابقة لقطاع خدمي مُهم ومؤثر في حياة الإنسان، فالتأمين الصحي يلامسُ سلامةَ الفرد الذي يُشكّلُ العنصر الأساس في تحقيق التنمية الاقتصادية، ومن أجل تحقيق نظامٍ صحيّ متطور وشامل لا بدّ من التنسيق والتعاون بين الأطراف المعنية، وتأتي أهمية الدراسة العملية من خلال دراسة العلاقة بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة، حيثُ تحقق الدراسة:

1– تَحلُّيل طبيعة العلاقة بين شركات التأمين الصحي وشركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة.

2– توضح الدور الذي تُؤديه شركات إدارة النفقات الصحيَّة، حيثُ تُدير العلاقةَ بين المُؤمن لهم ومُقدّمي الخدمات الصحيَّة من جهة، كما تدير تسوية المطالبات بين مُقدّمي الخدمات الصحيَّة وشركات التأمين من جهة أخرى، بالإضافة إلى المساهمة في تطوير قطاع التأمين الصحي والوصول لنظام صحي متكامل.

3– بيان مدى أثر نشاط شركات إدارة النفقات الصحيَّة في أداء فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين السوريَّة.

3.1 أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1- التعريف بواقع التأمين الصحي في شركات التأمين السوريَّة الخاصَّة، وحجم أعمال هذا الفرع، والخدمات التي تُقدمّها هذه الشركات.

2- التعرف إلى شركات إدارة النفقات الصحيَّة العاملة في سوريَّة، ودورها في تطوير قطاع التأمين الصحي.

3- دراسة وتَحلُّيل القوائم المالية لشركات إدارة النفقات الصحيَّة وتقييم نشاطها خلال سنوات الدراسة.

4- دراسة القوائم المالية لشركات التأمين السوريَّة الخاصَّة، وتَحلُّيل أداء فرع التأمين الصحي في هذه الشركات خلال سنوات الدراسة.

5- بيان دور التكامل بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة في الوصول إلى نظام تأمين صحي متطور ينعكس بشكل مباشر في تحقيق التنمية الاقتصادية.

6- اختبار حجم أثر أداء شركات إدارة النفقات الصحيَّة على نشاط فرع التأمين لدى شركات التأمين السوريَّة الخاصَّة.

4.1 مُتغيرات الدراسة:

استناداً إلى الأهداف التي تسعى الدراسة إلى تحقيقها؛ وفي ضوء البيانات الكمية المالية لشركات إدارة النفقات الصحيَّة وشركات التأمين الخاصَّة، تتمثلُ مُتغيرات الدراسة في:

أ-المُتغيرات المستقلة: نسب النشاط والكفاءة في شركات إدارة النفقات الصحيَّة، تُستخدم نسب النشاط، والتي تُسمَّى أيضاً نسب الكفاءة، لقياس قدرة الشركة على تحويل إنتاجها إلى نقدٍ أو دخلٍ. غالباً ما يتمَّ قياسها على مدى فترة تتراوح من ثلاث إلى خمس سنوات فأكثر، فهي تُوفّرُ نظرةً ثاقبةً لمجالات عملك مثل التحصيلات والتدفق النقدي والنتائج التشغيلية[6]، ومن خلال مراجعة القوائم المالية لشركات إدارة النفقات الصحيَّة يمكننا اعتماد كُلّ من:

- **نسبة العائد على الأصول:** يتمَّ حسابُ العائد على الأصول بقسمة صافي الدخل على إجمالي الأصول؛ ويتمَّ التعبير عنه كنسبة مئوية. يمثلُ صافي الدخل إجمالي الربح الذي حققته الشركة بعد خصم جميع النفقات، بما في ذلك الضرائب. ومن ناحية أخرى، فإنَّ إجمالي الأصول هو متوسط إجمالي الأصول في البداية والنهاية خلال فترة مُحددة.

[6] المجمع العربي للمحاسبين القانونيين، المحاسبة الإدارية والمالية، الأردن، عمان، 2015

- **نسبة العائد على حقوق الملكية:** توضح العائد من الأرباح بالنسبة إلى حقوق الملكية؛ أيّ نسبة توليد الأرباح من استثمار الملاك في الشركة، وتُحسبُ بقسمة صافي الأرباح على متوسط حقوق الملكية بين بداية الفترة ونهايتها[7].

ب- المُتغيرات التابعة: نسب الأداء لفرع التأمين الصحي في شركات التأمين السوريَّة، تقيس نسب الأداء ربحية شركة التأمين في قطاع مُحدد أو في مُجمل القطاعات من خلال مُقارنة الإيرادات من الأقساط والمطالبات المدفوعة والنفقات المتكبدة، في بعض الأحيان، تَحلُّ عبارةُ الخسائر المتكبدة محل المطالبات المدفوعة لأنَّ شركات التأمين تَعدُّ المطالبات المدفوعة بمثابة خسائر[8]، من خلال تَحلُّيل القوائم المالية وبالتركيز على جدول التَحلُّيل القطاعي المدرج ضمن الإفصاحات تمَّ اعتماد النسب الآتية:

حجم أقساط التأمين الصحي، حجم مطالبات التأمين الصحي، الربح الفني في فرع التأمين الصحي.

5.1 فرضيات الدراسة: في ضوء مشكلة الدراسة والأهداف التي تسعى الدراسة إلى تحقيقها، يمكن صياغة الفرضيات الآتية:

الفرضية الرئيسية: يُؤثّرُ نشاطُ شركات إدارة النفقات الصحيَّة في أداء فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين السوريَّة.

من الفرضية الرئيسة تتفرع الفرضيات الفرعية الآتية:

الفرضية الأولى: يُؤثّرُ معدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في حجم أقساط فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

الفرضية الثانية: يُؤثّرُ معدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في حجم مطالبات فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

الفرضية الثالثة: يُؤثّرُ معدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في الربح الفني لفرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

---

[7]Kaplan Schweser, CFA Level 1, Financial Statement Analysis, eBook,2019.

[8]Kwon, W. Jean & Wolform, Leigh, Analytical tools for the insurance market and macro-prudential surveillance, OECD Journal Financial Market Trends, Nov,2016.

الفرضية الرابعة: يُؤثّرُ معدل العائد على حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في حجم أقساط فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

الفرضية الخامسة: يُؤثّرُ معدل العائد على حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في حجم مطالبات فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

الفرضية السادسة: يُؤثّرُ معدل العائد على حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في الربح الفني لفرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

6.1 مُصطلحات الدراسة:

أ- شركة التأمين: هي الجهةُ التي تصدر وثيقة التأمين وتضمُّن تعويض المؤمن له في حال تحقق الخطر وضمن نطاق التغطية التأمينية المتفق عليها، مقابل الحصول على قسط سنوي.

ب- شركة إدارة النفقات الصحيَّة: هي شركات تقدم خدمات إدارة شبكات العملاء وشبكات مُقدّمي الخدمات الصحيَّة بالنيابة عن شركات التأمين.

ج- المؤمن لهم: همُ العملاءُ الذين يقومون بدفع القسط السنوي لقاء حصولهم على التغطية التأمينية التي تقدمها شركة التأمين.

هـ- مُقدّمو الخدمات الصحيَّة: شبكة من المشافي والمخابر ودور الأشعة والصيدليات والعيادات التي تخدم العملاء المؤمن لهم.

7.1 مُحدّدات الدراسة:

يساهم وضع الحدود الدراسة في الوصول إلى تشخيص سليم ووصول لنتائج دقيقة، ويمكن تلخيصها وفق الأبعاد الآتية:

- النظرية: دراسة دور شركات إدارة النفقات الصحيَّة في التأمين الصحي وتطوير نظام صحي وطني شامل.

- الزمانية: تقتصرُ الدراسةُ على الفترة المُمتدة بين العامين 2009- 2022م، حيثُ شرعت معظم شركات إدارة النفقات الصحيَّة بالعمل في سوق التأمين السوريَّة، وحيثُ توافرت البيانات اللازمة في الفترة المذكورة.

المكانية: تشمل الدراسة عينة من شركات التأمين السوريَّة الخاصَّة وشركات إدارة النفقات الصحيَّة المسجلة أصولاً في الجمهورية العربية السوريَّة.

8.1 منهجية الدراسة:

اعتمدَ الباحثُ لإنجاز الدراسة على كُلّ من:

1- المنهج النظري: حيثُ بيَّنَ نشأة كُلّ من التأمين الصحي والرعاية الصحيَّة، وتطور دورهما في السوق السوريَّة، بالإضافة إلى مراجعة الأدبيات المتاحة في الدراسات العلمية العربية والأجنبية.

2- المنهج الوصفي التَحلُّيلي: من خلال توصيف عينة البحث وتَحلُّيل العلاقات بين مُتغيرات البحث. حيثُ اعتمدت الدراسة على نماذج ARDL (auto regressive distributed lag) كأحد نماذج تَحلُّيل انحدار السلاسل الزمنية للمُتغيرات وتبعاً للفرضيات التي تخدم أهداف الدراسة، من خلال ست فرضيات؛ تختبر كُلّ منها علاقة مؤشرات النشاط والربحية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة (معدل العائد على الأصول (ROA) ومعدل العائد على حقوق الملكية (ROE) كمُتغيرات مُستقلة في أحد مؤشرات أداء فرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة (حجم الأقساط، حجم المطالبات وحجم الربح الفني).

1.8.1 عينة ومجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة: تضمُّن مجتمع الدراسة شركات التأمين الخاصَّة البالغ عددها 12 شركة، منهما شركتا تأمين تكافلي، إضافة إلى شركات إدارة النفقات الصحيَّة البالغ عددها سبع شركات.

عينة الدراسة: اقتصرت عينةُ الدراسة على ست من شركات إدارة النفقات الصحيَّة السبعة (تمَّ استثناء شركة مد سير لوجود عددٍ من القيم المفقودة (معدوم)، بالآتي فقد شملت عينة الدراسة شركات إدارة النفقات الصحيَّة الآتية: (الحديثة "غلوب مد سابقاً"، ميدكسا، الرعاية، الخدمات المميزة، إيمبا، كير كارد)، كذلك تضمُّنت عينة الدراسة ست شركات تأمين وهي (المتحدة، السوريَّة العربية، الثقة، سولداريتي، أدير والعقيلة). تمَّ اختيار هذه الشركات بناء على المعايير الآتية:

1- ترتيب هذه الشركات بحسب معايير التصنيف في هيئة الإشراف على التأمين خلال الأعوام الثلاثة الأخيرة، حيثُ تمَّ مراعاةُ تضمُّين العينة شركات ذات تصنيف عالٍ خلال الفترة التجريبية، وشركات ذات تصنيف مُتأخر وشركات مُتوسطة الأداء.
2- الشكل القانوني للشركات بحيثُ تضمُّ العينة شركات مُساهمة خاصَّة وشركات مساهمة عامة.
3- تمَّ تضمُّين شركة العقيلة كإحدى شركتي التأمين التكافلي.

9.1 الدراسات السابقة:

1.9.1 دراسة (Magdalena Osak and Jerzy Handschke,2012) بعنوان:

"PRIVATE HEALTH INSURANCE PRODUCT – POLISH EXPERIENCE"

(منتج التأمين الصحي الخاص– التجربة البولندية)

تستعرض الدراسة منتج التأمين الصحي الخاص في بولندا عام 2012 ومدى تكامله مع التأمين الصحي في القطاع العام في السوق البولندية، وكيفية إدارة التأمين الصحي الخاص وتَحلُّيل أدواته، من خلال المنهج التَحلُّيلي الوصفي حيثُ يدرس الباحثان شروط التأمين الصحي في القطاع الخاص في بولندا وقد توصلا إلى نتائج الآتية:

أ– يمرُّ المنتج التأميني الخاص بمرحلة تطور في بولندا، لا سيما على مستوى مُقدّمي الخدمات وتنوع هذه الخدمات.

ب– ينبغي أن تبذل وزارةُ الصحة جهوداً أكبر في سبيل ترسيخ منتج التأمين الصحي الخاص ودعمه، والسعي إلى منح إعفاءات ضريبية للمؤمنين لدى الشركات الخاصَّة.

ج– تساهم شركات إدارة النفقات الصحيَّة (TPA) في طرح وتسويق منتج التأمين الصحي الخاص وإدارة العلاقة بين أطراف التأمين الصحي بكفاءة عالية.

2.9.1 دراسة (BUNDI,2012) بعنوان:

"ROLE OF THIRD–PARTY ADMINISTRATORS IN SETTING UP MANAGED HEALTH CARE SYSTEMS IN KENYA"

(دور شركات الرعاية الصحيَّة في إعداد نظم الرعاية الصحيَّة في كينيا)

تتناولُ الدراسةُ دورَ شركات الرعاية الصحيَّة في تطوير سوق التأمين وقدرتها على إعداد نظم الرعاية الصحيَّة في كينيا. توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

أ– تقوم شركات الرعاية الصحيَّة بتجميع وتبويب البيانات المتعلقة بمطالبات المؤمن لهم كافة.

ب- ساعد وجود شركات الرعاية الصحيَّة في انتشار الوعي التأميني وزيادة الشريحة التي يشملهم التأمين الصحي الخاص في كينيا.

ج- عزَّزت شركاتُ الرعاية الصحيَّة أسس النظام الصحي العام في كينيا، ويمكنها أن تلعبَ دوراً مهماً في الوصول إلى نظامٍ صحيّ شامل لكُلّ المواطنين.

3.9.1 دراسة (Paazine and Adjei & MARY ADJEI,2013) بعنوان:

Customer Relationship Management in the Healthcare Industry in "Ghana"

(A Case Study in Ashanti Region and the Upper West Region)

(إدارة علاقات العملاء في صناعة الرعاية الصحيَّة في غانا- دراسة حالة في إقليمي أشانتي والغرب الأعلى)

تتناولُ هذه الدراسة نظمَ إدارة العلاقة التي تربط بين مُقدّمي الخدمات الصحيَّة والمرضى المُومن لهم، وتبين دور شركات الرعاية الصحيَّة في تحسين جودة الخدمات الصحيَّة وتطويرها في إقليمي أشانتي والغرب الأعلى في جمهورية غانا. وقد اعتمدت الباحثتان في جمع البيانات من خلال المقابلات والاستبيانات في كُلّ من مشفى وا الإقليمي ومشفى كومفو أنوكي التعليمي، وذلك لحجمهما الكبير والضغط الكبير من حيثُ عدد المرضى على هاتين المؤسستين ومن خلال التَحلُّيل والاستدلال، أُختتمت الدراسة بعدة استنتاجات أهمها:

أ- تساهم شركات الرعاية الصحيَّة في توفير الجهد والوقت في مجال تقديم الخدمات الصحيَّة في إقليمي أشانتي والغرب الأعلى في غانا.

ب- شركات الرعاية الصحيَّة تُعاني من تدني جودة الخدمات الصحيَّة في المستشفيات في غانا، ولا بدّ من استراتيجيات صحيَّة شاملة.

ت- تدريب كوادر شركات الرعاية الصحيَّة يساهم في زيادة الإنتاجية وزيادة جودة الخدمة الصحيَّة.

4.9.1 دراسة (S.T.Krishnekumaar,2016) بعنوان:

A Study on the role of Third-Party Administrators in Health "

"Insurance in India

(دراسة دور شركات الرعاية الصحيَّة في التأمين الصحي في الهند)

تتناول هذه الدراسة دور شركات الرعاية الصحيَّة وفق الصلاحيات التي مُنحت لها من هيئات تنظيم صناعة التأمين في الهند، حيثُ تُنظّمُ هذه الشركات علاقة المُؤمن لهم بمُقدّمي الخدمات الصحيَّة وتساهم في الارتقاء بالرعاية الصحيَّة في الهند.

وتوصَّلت الدراسةُ إلى:

أ- تساهم شركات الرعاية بشكل محوري في تسوية مطالبات حاملي وثائق التأمين الصحي.

ب- الرقابة المزدوجة من شركات التأمين ومُقدّمي الخدمات الصحيَّة على شركات الرعاية الصحيَّة يؤدي إلى جودة أدائها.

ج- وجود شركات الرعاية الصحيَّة تؤدي إلى زيادة المنافسة في قطاع التأمين الصحي.

الفصل الثاني: الخطر والتأمين

المبحث الأول: مفهوم الخطر والتأمين وعقود التأمين.

1.2 مفهوم الخطر وأنواعه

2.2 لمحة تاريخية عن التأمين

3.2 عقود التأمين

4.2 مبادئ عقود التأمين وخصائصها

المبحث الثاني: التأمين في سوريَّة.

5.2 لمحة عن التأمين في سوريَّة

6.2 تطور سوق التأمين في سوريَّة

7.2 التحديات التي تواجه التأمين في سوريَّة

المبحث الثالث: الرعاية الصحيَّة والتأمين الصحي.

8.2 إدارة الرعاية الصحيَّة

9.2 الأطراف المشاركة في إدارة الرعاية الصحيَّة

10.2 مفهوم التأمين الصحي

11.2 أنواع التأمين الصحي

12.2 أهداف التأمين الصحي

المبحث الأول: مفهوم الخطر والتأمين وعقود التأمين

1.2 مفهوم الخطر وأنواعه:

تشير المخاطر إلى احتمالية حدوث نتيجة سلبية أو خسارة ناجمة عن إجراء أو حدث أو قرار مُعين. في سياق اتخاذ القرار، تنطوي المخاطر على فهم وإدارة احتمالات النتائج السلبية. وهناك أنواع مختلفة من المخاطر، ولكُلّ منها خصائص وآثار مُحددة. يعدُّ الخطر في علم التأمين من أكثر المُصطلحات أهمية فهو يُستعملُ عدةَ استعمالات مجازية ويكون لها معاني مختلفة منها:

- ✓ الحادث أو الحوادث: وهي أحداث إن وقعت أَلزمت شركة التأمين بتعويض الخطر الناتج عنها.
- ✓ الشيء الذي يراد التأمين عليه مثل السيارة، البضاعة...إلخ
- ✓ وصف طبيعة محل التأمين مثل أن نقول خطر رديء؛ أيّ درجة تعرض الشيء الذي نريد تأمينه للخطر عالية.
- ✓ درجة الاحتمال كأن نقول أخطار عالية؛ أيّ احتمال حدوثها عالٍ.
- ✓ الضرر أو الخسارة مثل تأمين بضاعة ضد خطر السرقة أو الحريق[9].

1.1.2 <u>أنواع الأخطار:</u>

1- مخاطر السوق[10]: وهي مخاطر الخسائر الناتجة عن التغيرات في أسعار السوق، مثل أسعار الأسهم أو أسعار الفائدة أو أسعار الصرف.

2- مخاطر الائتمان[11]: وهي مخاطر الخسارة الناتجة عن فشل المقترض في سداد القرض أو الوفاء بالتزاماته التعاقدية.

3- المخاطر التشغيلية[12]: وهي مخاطر الخسارة الناتجة عن عدم كفاية، أو فشل العمليات الداخلية، أو الأشخاص، أو الأنظمة، أو الأحداث الخارجية.

---

[9] زكي، مها، (2023)، مبادئ إدارة الخطر والتأمين، جامعة القاهرة، مصر، ص 117.

[10] Hull, J. C. (2018). Options, Futures, and Other Derivatives (10th ed.). Pearson

[11] Saunders, A., & Allen, L. (2010). Credit Risk Management in and Out of the Financial Crisis: New Approaches to Value at Risk and Other Paradigms. Wiley Finance.

[12] Basel Committee on Banking Supervision (2006). International Convergence of Capital Measurement and Capital Standards: A Revised Framework. Bank for International Settlements.

4- مخاطر السيولة: تشيرُ مخاطرُ عدم قدرة المنشأة على الوفاء بالتزاماتها المالية قصيرة الأجل بسبب عدم القدرة على تحويل الأصول إلى نقد دون خسارة كبيرة.[13]

5- مخاطر السمعة: وهي مخاطر الخسارة الناتجة عن الإضرار بسمعة المنشأة، والتي يمكنها أن تؤدي إلى خسارة العملاء والإيرادات والميزة التنافسية[14].

6- المخاطر الإستراتيجية: وهي المخاطر المرتبطة باستراتيجيات العمل التي تستخدمها الشركة، والتي قد تؤدي إلى خسائر بسبب سوء اتخاذ القرار أو التنفيذ أو التكيف مع تغيرات السوق[15].

7- مخاطر الامتثال: خطر التعرض لعقوبات قانونية، أو تنظيمية، أو خسارة مالية، أو الإضرار بالسمعة بسبب عدم الالتزام بالقوانين أو اللوائح أو الممارسات المنصوص عليها[16].

بالتالي، يمكن القول إن الأخطار القابلة للتأمين يجب أن يتوفر فيها الخصائص الآتية:

- ❖ أن تكون الخسائر الناتجة هي خسائر قابلة للقياس مالياً.
- ❖ أن تكون الأخطار بحتة؛ أيّ أن يكون للخطر نتيجتان إمَّاخسارة أو لا خسارة.
- ❖ أن تكون الخسائر غير مُتوقعة وطارئة.
- ❖ المصلحة التأمينية؛ أيّ أن يكون للمؤمن له مصلحة مادية ومشروعة من بقاء العنصر موضوع التأمين على ما هو عليه بدون أن يتعرض للأذى أو للخطر.

2.2 لمحة تاريخية عن التأمين:

للتأمين تاريخ طويل، يعود إلى الحضارات القديمة، حيثُ كانت الفكرة الأساسية لتقاسم المخاطر موجودة، وقد تمَّ العثور على أقدم أشكال التأمين في الحضارتين البابلية والصينية القديمة. كان التجار البابليون يأخذون قروضاً لتمويل الشحنات ويدفعون للمقرضين مبلغاً إضافياً مقابل ضمان المقرض بإلغاء القرض في حالة سرقة الشحنة أو فقدانها في البحر[17]. وهذا مُشابه لمفهوم القاع: وكان بمثابة مقدمة للتأمين

---

[13] Fabozzi, F. J., & Peterson Drake, P. (2009). Finance: Capital Markets, Financial Management, and Investment Management. Wiley.

[14] Eccles, R. G., Newquist, S. C., & Schatz, R. (2007). Reputation and Its Risks. Harvard Business Review.

[15] Olson, D. L., & Wu, D. D. (2015). Enterprise Risk Management. World Scientific Publishing Company.

[16] Moeller, R. R. (2011). COSO Enterprise Risk Management: Establishing Effective Governance, Risk, and Compliance Processes. Wiley.

[17] Insurance History," The Institutes, last modified April 2020, https: //www.theinstitutes.org/about-us/insurance-history.

البحري، وفي الصين، كان التجارُ يقومون بإعادة توزيع بضائعهم بين سفن متعددة للحدّ من الخسارة الناجمة عن غرق السفينة الواحدة[18].

وفي اليونان، كان مفهوم جمعيات المساعدة المُتبادلة موجوداً. قدَّمت هذه الجمعيات الدعمَ الماليَّ لأسر الأعضاء المتوفين. كما شهدت الإمبراطورية الرومانية ظهورَ نوادي الدفن، التي كانت توفر نفقات الجنازة للأعضاء عند وفاتهم، ممَّا يعكس فكرة تجميع الموارد إلى تحقيق المنفعة المتبادلة. قدمت النقابات المهنية في أوروبا في العصور الوسطى شكلاً من أشكال التأمين لأعضائها، يُغطي الخسائر الناجمة عن الحريق وغرق السفن والسرقة والموت، ويمثلُ أولُ عقد تأمين معروف، تمَّ توقيعه في جنوة عام 1347، البداية الرسمية لصناعة التأمين. أدَّى حريق لندن الكبير عام 1666 إلى إنشاء أول كيان للتأمين ضد الحرائق، سُمي مكتب التأمين للمنازل، الذي أنشأه نيكولاس باربون، كما تمَّ تأسيس لويدز لندن عام 1688، والذي أصبحَ بمثابة تطورٌ كبيرٌ في تاريخ التأمين. بدأ الأمر كمقهى يجتمع فيه التجار وأصحاب السفن وشركات التأمين لمناقشة التأمين البحري. تطورت لتصبح واحدة من أسواق التأمين الرائدة في العالم[19].

شهد القرنُ التاسع عشر توسع صناعة التأمين في مجالات جديدة مختلفة، بما في ذلك التأمين على الحياة، والتأمين ضد الحوادث، والتأمين الصحي. لعبت الثورة الصناعية دورًا حاسمًا في هذا التوسع مع زيادة المخاطر المرتبطة بالتقنيات الجديدة والتوسع الحضري، وقد تمَّ تطوير أول جدول كتواري[20] حديث بواسطة إدموند هالي في عام 1693، مما يوفر أساسًا علميًا للتأمين على الحياة، إمَّافي القرن العشرين في ظل التغيرات المتسارعة في مختلف مجالات الحياة، أصبح التأمين صناعة عالمية تغطي مجموعة واسعة من المخاطر بدءًا من المخاطر التقليدية مثل: تأمينات الحياة[21].

3.2 عقود التأمين:

إنَّ عقودَ التأمين في جميع البلدان لا تخضعُ لنفس القانون الأساسي الذي يحكم جميع أنواع العقود الأخرى فقط، ولكن أيضًا لبعض المبادئ القانونية التي تمَّ تطويرها للتعامل مع المشاكُلّ القانونية المرتبطة

---

[18] Peter L. Bernstein, Against the Gods: The Remarkable Story of Risk, John Wiley & Sons,1996.

[19] Insurance History," The Institutes, last modified April 2020, https: //www.theinstitutes.org/about-us/insurance-history.

[20] جدول بيانات يوضح احتمال وفاة شخص في عمر معين، وتستخدمه شركات التأمين على الحياة لحساب متوسط العمر المتوقع المتبقي للأشخاص في مختلف الأعمار والمراحل، واحتمال البقاء على قيد الحياة في عام معين من العمر، وذلك لتسعير وثائق التأمين.

[21] Peter L. Bernstein, Against the Gods: The Remarkable Story of Risk, John Wiley & Sons, 1996.

بالتأمين[22]. يُعرّفُ عقد التأمين على أنه عقد يقوم بموجبه طرف واحد "شركة التأمين" بالتعهد بدفع تعويض للطرف الآخر وهو "حامل وثيقة التأمين أو المستفيد أو المؤمن عليه" في حال حدوث موضوع الخطر وذلك مقابل الحصول على أقساط شهرية أو اشتراكات، وبالتالي فإن عقد التأمين هو عقد تعويضي ولا يحق للمؤمن له أن يحقق أيّ أرباح من خلال عقد التأمين وإنما يحصل على تعويض يوازي حجم الخسارة التي وقعت بسبب موضوع الخطر فقط[23].

وبحسب المُشرع السوري فقد عرفت المادة 713 من القانون المدني السوري عقد التأمين على أنه " عقد يلتزم بموجبه المؤمن بأن يؤدي إلى المؤمن له أو المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغاً من المال أو تعويض مالي في حال وقوع الحادث أو تحقق الخطر المبين ضمن العقد وهذا مقابل أقساط أو دفعات مالية يؤديها المؤمن له للمؤمن[24]".

4.2 مبادئ عقود التأمين وخصائصها: يخضع عقد التأمين إلى ستة مبادئ رئيسية وتساعد هذه المبادئ على ضبط العلاقة بين المؤمن والمؤمن له وتحقيق المنفعة الحقيقية لكُلّا طرفي عقد التأمين هذه المبادئ[25] هي:

- مبدأ منتهى حسن النية
- مبدأ المصلحة التأمينية
- مبدأ السبب المباشر
- مبدأ التعويض
- مبدأ المشاركة
- مبدأ الحلول

1.4.2 مبدأ منتهى حسن النية:

يقصد بهذا المبدأ أنه يجب على طرفي عقد التأمين عند التعاقد أن يُدليا ويقدما كُلّ الأوراق القانونية والوثائق والحقائق والبيانات المتعلقة بالخطر المؤمن عليه (وهذا من طرف المؤمن له) وكذلك شروط عقد

---

[22] Williams, C.A., Head, G.L., Horn, R.C. and G.W. Glendenning, Principles of Risk Management and Insurance, Malvern, Pennsylvania: American Institute for Property and Liability Underwriters, 2nd ed., 1981.

[23] Outreville, J. F. Theory and practice of insurance. Dordrecht: Kluwer Academic,1998, p 131

[24] القانون المدني السوري، الصادر بتاريخ 1949/5/18 وتعديلاته، المادة 713 http://www.moj.gov.sy/ar/node/560

[25] أساسيات التأمين (2019)، الأكاديمية المالية، الرياض، المملكة العربية السعودية، ص 28.

التأمين والشروط الموضوعية لهذا الخطر (من طرف المؤمن وهو شركة التأمين)، حيثُ إنَّ قيمة قسط التأمين تتأثر بشكل كبير بالحقائق والأوراق القانونية والبيانات المقدمة من قبل المؤمن له وكذلك شروط عقد التأمين ومدى تغطية هذا العقد للخطر المؤمن عليه تؤثر بشكل كبير في قرار المؤمن له عند الرغبة بإبرام عقد التأمين مع المؤمن[26].

أولاً وقبل كُلّ شيء لا بدّ من توافر حسن النية عند القيام بإبرام أيّ عقد بين الطرفين وهو شرط جوهري لضمان صحة عقد التأمين. كذلك توفر حسن النية أمر جوهري أيضاً عند سريان عقد التأمين، حيثُ إنه على المؤمن له أن يبقي المؤمن على إطلاع بالتغيرات والتطورات كافة التي تطرأ على الخطر المؤمن عليه، وكذلك على المؤمن أن يقدم للمؤمن له خلال سريان عقد التأمين كُلّ المعلومات التي تطرأ على عقود التأمين وشروطها وأقساطها.

ومن صور الإخلال بمبدأ حسن النية ما يلي[27]:

- الإدلاء ببيانات خاطئة عن الحالة الصحيَّة للمؤمن له عند إبرام العقد مع المؤمن.
- إخفاء بيانات جوهرية من قبل المؤمن له تتعلق بالتاريخ الصحي للمؤمن له عند إبرام عقد التأمين مع المؤمن.
- إخفاء المؤمن لمعلومات جوهرية تؤثر في مستوى التغطية التأمينية عن المؤمن له عند إبرام عقد التأمين.

2.4.2 مبدأ المصلحة التأمينية:

يشيرُ هذا المبدأ إلى أنَّ للمؤمن له مصلحة مادية ومشروعة من بقاء العنصر موضوع التأمين على ما هو عليه بدون أن يتعرض للأذى أو للخطر، وهذا يعني أنه لا يجب أن يكون للمؤمن له مصلحة من تعرض تجارته أو صحته أو ممتلكاته للخطر فذلك يخل بهذا المبدأ، والحالة الطبيعية هي أن يكون الشخص المؤمن له يسعى دائماً إلى حفاظ على تجارته وصحته وممتلكاته آمنة ومحمية من الأخطار. من شروط صحة هذا المبدأ هو أن تكون المصلحة التأمينية متوافقة مع القوانين واللوائح السائدة في البلد[28] فمثلاً صحيح أنَّ تاجرَ الممنوعات مثل المخدرات له مصلحة في الحفاظ على تجارته وحمايتها من

---

[26] أساسيات التأمين (2019)، الأكاديمية المالية، الرياض، المملكة العربية السعودية، ص 32.

[27] محمد النيداني، ياسر، حسن النية في التأمين، مجلة كُلّية القانون بجامعة طنطا، العدد 4، المجلد 35، 2020.

[28] المرسوم التشريعي /43/ لعام 2005م، الناظم لأعمال التأمين لتطوير عمل قطاع التأمين وإعادة التامين في سوريَّة.

الأخطار إلَّا أنه لا يمكن أن يقومَ بإبرام عقد تأمين على هذا النوع من التجارة لأن المصلحة هنا غير قانونية.

ويهدف هذا المبدأ إلى تحقيق عدة منافع منها:

- إبعاد عقد التأمين عن أيّ شكل من أشكال عقود المقامرة والرهان، حيثُ إنه لا يجوز أن يقوم مثلاً شخص ما بالتأمين صحياً على حياة شخص آخر لا تربطه به صلة قرابة ويسعى إلى الإضرار به وبصحته لكي يحصل على التعويض المالي من عقد التأمين، أو مثلاً أن يقوم شخص ما بالتأمين على ممتلكات شخص آخر ويسعى إلى إهلاكها لكي يكسب عوائد وتعويضات عقد التأمين.
- إبعاد عقد التأمين عن المسببات الإرادية والشخصية للأخطار عند توافر هذا الشرط ينعدم لدى المؤمن له الدافع لتعمد إحداث الخطر وافتعاله وإلا تعرض للضرر الشخصي. فالمعروف أن أقصى تعويض يحصل عليه المؤمن له عند تحقق الخطر هو المبلغ الذي يمكنه من إعادة الشيء المؤمن عليه إلى حالته قبل وقوع الخطر وذلك وفق شروط العقد المبرم بين الطرفين. وعلى العكس من ذلك فإن انعدام توافر شرط المصلحة التأمينية عند التعاقد على التأمين إنما يخلق دافعاً قوياً لدى المؤمن له لافتعال الحادث وتحقيق مصلحة شخصية غير مشروعة.
- تحديد الحد الأقصى للتعويض، يساهم هذا المبدأ بشكل كبير على تحديد قيمة التعويض الذي يمكن للمؤمن له أن يحصل عليه من المؤمن، فمن المعلوم أن عقود تأمين الممتلكات تقوم بتغطية خسائر المؤمن له الفعلية والتي تتحدد بمصلحته التأمينية في الشيء موضوع التأمين[29].

3.4.2 مبدأ السبب المباشر أو السبب الفعّال: يشير هذا المبدأ إلى السبب المباشر أن يكون وقوع الخطر المؤمن منه هو السبب المباشر للخسارة المالية، فمثلاً إذا اشتعل الحريق في أحد المباني المؤمن عليها من الحريق ولم يكن سبب الحريق من الأسباب المستثناة فإن المؤمن يلتزم بالخسائر المالية كافة الناتجة عن الحريق بما في ذلك تلك الناتجة عن الاستخدام المعقول للمياه في الإطفاء وعن إلقاء الأشياء من النوافذ لإنقاذها وعن هدم المنازل المجاورة لمنع امتداد النيران لها باعتبار أن اشتعال الحريق في ذلك المبنى هو السبب المباشر الذى بدأ تلك السلسلة من الحوادث المتصلة وبالآتي يجب أن تكون الخسارة نتيجة مباشرة لتحقق الخطر[30].

---

[29] زكي، مها، (2023)، مبادئ إدارة الخطر والتأمين، جامعة القاهرة، مصر، ص 134.

[30] طبايبية سليمة (2014)، دور محاسبة شركات التأمين في اتخاذ القرارات وفق معايير الإبلاغ المالي الدولية دراسة حالة: الشركات الجزائرية للتأمين، رسالة ماجستير، كُلّية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التيسير، جامعة سطيف، الجزائر، ص27.

على النقيض في حال وجود وثيقة تأمين الحريق تستثني الزلازل ووقع زلزال أدى لاشتعال الحريق في المبنى المؤمن عليه فلا تلتزم شركة التأمين بالتعويض، وبالآتي لابد من أن يكون هناك علاقة سببية مباشرة بين الخطر والضرر، ويمكن تعريف السبب القريب بأنه "ذلك السبب المباشر الفعّال الذي يكون قادراً على بدء سلسلة من الحوادث تؤدي في نهايتها إلى وقوع خسارة دون تدخل أيّ مؤثر خارجي مستقل بخلاف السبب الأصلي[31]".

وهناك ثلاث حالات مختلفة تدور حول هذا المبدأ وهي:

- أن يكون الخطر موضوع التأمين هو السبب الوحيد والمباشر لوقوع الخسائر الموجبة للتعويض في هذه الحالة يجب على المؤمن أن يؤدي للمؤمن له التعويض في الحال حيثُ لا توجد أيّ صعوبة في إثبات أحقية المؤمن له في الحصول على التعويض المناسب. مثل أن يؤمن شخص على مصنعه ضد خطر الحريق وأن تؤدي عملية التصنيع الاعتيادية إلى إحداث حريق في أحد الأقسام أو إحراق المصنع بالكامل، هنا يتوجب على شركة التأمين دفع التعويض للمؤمن له بشكل كامل.
- أن يكون الخطر موضوع التأمين ملازم لخطر أو مجموعة أخطار أخرى، في هذه الحالة الأمر يتوقف على ما إذا كان الخطر أو الأخطار المعاصرة للخطر المؤمن منه مغطاة تأمينياً، فإن التعويض يصبح واجب السداد للمؤمن له[32]. ومن أمثلة هذه الحالة أن يقوم أحد التجار بالتأمين على بضائعه الموجودة في المخزن ضد خطر الحريق فقط، فيقوم أحد العمال بسرقة جزء من البضاعة وإحراق باقي المخزن للتغطية على جريمة السرقة هنا يكون على المؤمن أن يدفع للمؤمن له تعويض عن البضائع المحروقة المتبقية وليس على البضاعة المسروقة والمحروقة.
- إذا تعرض موضوع التأمين قد لسلسلة حوادث متعاقبة ومتصلة أدت في النهاية إلى وقوع خسائر دون تدخل أيّ خطر مستثنى، في هذه الحالة فإن المطالبة بالتعويض عن الخسارة المالية الناشئة عن الخطر موضوع التأمين تَعدُّ صحيحة. إمَّافي حالة وجود خطر مستثنى في سلسلة الحوادث المتعاقبة فإن الأمر يتوقف على ما إذا كان الخطر المستثنى سابق أو لاحق للخطر موضوع التأمين.

---

[31] صاحب الفتلاوي (2001)، دور المسؤولية المدنية في حماية البيئة من التلوث في ضوء التقدم العلمي والتقني، مجلة البلقاء للعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد8، العدد2، ص24.

[32] وائل صالح عامر، (2015)، التأمين التكافلي مُقارنة بالتأمين التجاري في سوريَّة، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، دمشق، سوريَّة.

في حال قيام أحد الصناعيين بالتأمين على مصنعه ضد خطر الحريق مع استثناء خطر الانفجار فإذا حدث ضمن المصنع حريق أدى إلى حدوث انفجارات فعلى شركة التأمين تعويض هذا الصناعي عن الخسائر التي تعرض لها لأن الانفجار ناجم عن خطر مغطى وسبب مباشر، على النقيض إن وقع انفجار ضمن المصنع وأدى هذا الانفجار إلى حدوث حريق فإن شركة التأمين لا تتحمل أيّ مسؤولية عن الخسائر المتحققة بسبب الحريق لأن الانفجار خطر مستثنى.

وإمَّانظرية السبب الفعال فتقوم على اعتماد السبب المُنتِج كأساس للضرر دون الأسباب العارضة، ويعدُّ السبب مُنتِجاً إذا كان يفضي للضرر وفقاً للمجرى العادي والطبيعي للأمور[33].

فعلى سبيل المثال، لو أن صاحب سيارة مؤمن عليها وفق وثيقة تأمين إلزامي، تركها في مكان عمومي مفتوحة الأبواب، فقادها لصٌ ما وأثناء رؤيته لرجال الشرطة غير الاتجاه فجأةً وضاعف سرعته، الأمر الذي تسبب في وقوع حادث سير. فإن خطأ اللص هو السبب الحقيقي في وقوع الحادث ولا عبرة بالإهمال الذي ارتكبه مالك السيارة أيّ تتحمل شركة التأمين مسؤولية التعويض للغير المتضررين من الحادث.

4.4.2 مبدأ التعويض:

يرتبط التعويض من عدة أوجه بالمصلحة التأمينية فلابدّ أن تحتوي عقود التأمين على المصلحة التأمينية كي تكون صحيحة أيّ أنه لابدّ أن يعاني المؤمن له مالياً من خسارة أو ضرر «الشيء» موضوع التأمين، ولكن تلك المصلحة التأمينية تقتصر على المصلحة المالية[34].

المالك له مصلحة تأمينية في ملكيته، ولكنها بقيمة هذه الملكية فقط فإذا استرد أكثر من قيمتها فإنه سوف يكون بعد الخسارة في حالة مالية أفضل من حالته قبل الخسارة مما يُشكّلُ إخلالاً بمبدأ التعويض ويحول التأمين إلى مسألة مغامرة. إن مبدأ التعويض هو إعادة المؤمن له بعد الخسارة إلى الحالة المالية نفسها التي كان عليها مباشرة قبل الخسارة ونظرًيا فإنه لن يكون في حالة أفضل أو أسوأ، بل في الحالة نفسها إمَّاعملًيا فإنه من الصعب جداً تحقيق ذلك، ولكن عدم تحقيقه لا يُشكّلُ خروجاً عن المبدأ الأساسي والذي يعدُّه الكثيرون في أساس التأمين. ولذلك فإن مبدأ التعويض هو أيّ مصلحة مالية للمؤمن له في الشيء

---

[33] صاحب الفتلاوي (2001)، دور المسؤولية المدنية في حماية البيئة من التلوث في ضوء التقدم العلمي والتقني، مجلة البلقاء للعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد8، العدد2، ص24.

[34] أساسيات التأمين (2019)، الأكاديمية المالية، الرياض، المملكة العربية السعودية، ص 46.

موضوع التأمين، ولكن لا يمكن وضع قيمة مالية لحياة الإنسان حيثُ إن لكُلّ منا له مصلحة غير محدودة في حياته وأطرافه[35].

يطبق هذا المبدأ على جميع أنواع التأمين، فيما عدا تأمينات الأشخاص حيثُ إن حياة الإنسان وقيمة أيّ عضو في جسمه لا تقدر بالنقود، إمَّابالنسبة للتأمينات الأخرى فالمؤمن غير ملزم بدفع القيمة الكُلّية للخسارة، إلا إذا كان القسط مساوياً لقيمة الخطر المؤمن ضده قبل وقوع الخسارة مباشرة، إمَّاإذا كان أقل فيكون ملزماً بدفع جزء من الخسارة والتي تتناسب مع مبلغ التأمين[36].

5.4.2 مبدأ المشاركة:

يتفق هذا المبدأ مع الهدف من التأمين كوسيلة لمواجهة أو تعويض الخسائر المادية الناتجة عن تحقق موضوع التأمين، ومـن هنا يجب أن يكون مبلغ التأمين في حدود قيمة الشيء موضوع التأمين، وبوجه عام لا يجوز أن يزيد ما يؤديه المؤمن عن مقدار الخسارة التي لحقت بالمؤمن له، وإلا حقق الأخير ربحاً من تحقق الخطر وأدى ذلك الى إساءة استغلال التأمين وإلى الحاق أضرار عديدة بالمجتمع .وهكذا يفترض ألا يزيد مبلغ التأمين عن قيمة الشيء موضوع التأمين، ومن ناحية أخرى يشترط ألا يزيد التعويض عن قيمة الخسارة وبذلك فإذا هلك الشيء موضوع التأمين التزم المؤمن بأداء مبلغ التأمين بأكمله، وإمَّاإذا كان الهلاك جزئياً فإن المؤمن لا يلتزم إلا بجزء من مبلغ التأمين يتناسب مع الجزء الهالك وهكذا لا يكون الهدف من التأمين تحقق ربح من تحقق الخطر وإنما تعويض الخسارة المالية فقط ومهما كان مبلغ التأمين.

6.4.2 مبدأ الحلول:

يقصد بمبدأ الحلول هو أن يحل المؤمن محل المؤمن له في مقاضاة الغير المتسبب في الحادث بعد قيامه بسداد قيمة التعويض، وكُلّ ما يحصل عليه المؤمن من الغير يكون من حقه في حدود ما سدده للمؤمن له وما زاد عن ذلك يعود مرة أخرى للمؤمن له. أيّ من حق المؤمن أن يحل محل المؤمن له المتضرر في مقاضاة الغير المتسبب في الحادث الذي أدى إلى حدوث الخسارة المالية ومطالبته بالتعويض المناسب، ولا يجوز للمؤمن له المتضرر التنازل عن هذا الحق وإلا اعتبر متنازلاً عن حقه في التعويض من قبل المؤمن[37].

---

[35] أساسيات التأمين (2019)، الأكاديمية المالية، الرياض، المملكة العربية السعودية، ص 47.

[36] Mehr, R.I. and E. Cammack, *Principles of Insurance,* Homewood, Illinois: Richard D. Irwin, 7th,1980.

[37] أساسيات التأمين (2019)، الأكاديمية المالية، الرياض، المملكة العربية السعودية، ص 49.

المبحث الثاني: التأمين في سوريَّة

5.2 لمحة عن التأمين في سوريَّة:

ظهرت البدايات الأولى لقطاع التأمين السوري[38] من خلال توافد الشركات العربية والأجنبية إلى السوق السوريَّة وتأسيس مقرات لها ومزاولة النشاط التأميني ضمن الأراضي السوريَّة حيثُ وصل عدد هذه الشركات إلى 77 شركة.

وكانت شركة الضمان أول شركات التأمين السوريَّة والتي تمَّ تأسيسها في عام (1952) م، لكن قرار التأميم في عام (1961) م أوقف كُلّ أنشطة التأمين في الشركات الخاصَّة وجعل شركة الضمان الحكومية هي المخول الوحيد لإصدار عقود التأمين بعد أن آلت إدارتها وملكيتها إلى الدولة السوريَّة تحت اسم المؤسسة العامة السوريَّة للتأمين.

وفي عام (2004) م صدر المرسوم التشريعي رقم (68) لعام (2004) م، حيثُ تمَّ من خلاله إحداث هيئة الإشراف على التأمين حيثُ وضعت هذه الهيئة الضوابط والقواعد اللازمة لانطلاق سوق التأمين السوريَّة وكذلك صدر في عام (2005) المرسوم رقم (43) والذي سمح بإنشاء شركات التأمين الخاصَّة وذلك استجابةً لحاجة السوق السوريَّة لتعدد شركات التأمين والنقلة الكبيرة الصناعية والتجارية التي كانت تمر بها سوريَّة في ذلك الوقت ففي عقود طويلة من الاحتكار من قبل القطاع العام منذ الستينات من القرن الماضي تميزت المنظومة التأمينية السوريَّة بالجمود النسبي مُقارنة بالتغيرات التي حدثت على هذا القطاع في الدول العربية والأجنبية، ما تسبب بنفور الكثير من التعامل مع التأمين كقطاع عام وأرغمهم على التوجه إلى الخارج للبحث عن شركات تأمين تلبي المتطلبات والاحتياجات الاقتصادية[39]، من خلال هذا المرسوم تمَّ الترخيص لاثنا عشر شركة تأمين خاصَّة عملت على سد الفجوات التي كانت غير مغطاة من قبل المؤسسة العامة للتأمين والتي لم تكن تغطي كُلّ مجالات التأمين في السوق السوريَّة مثل التأمين الصحي والتأمين على الحياة. بالإضافة إلى إحداث الإتحاد السوري لشركات التأمين وباشر هذا الإتحاد أعماله فعلياً في عام (2007) م وضم في عضويته شركات التأمين وإعادة التأمين.

6.2 تطور سوق التأمين في سوريَّة: يظهر الشكل البياني الآتي[40] تطور نمو قطاع التأمين في الجمهورية العربية السوريَّة من عام (2005) م إلى عام (2022) م. حيثُ إنه كما تمَّ التوضيح سابقاً فإن شركات التأمين السوريَّة العامة.

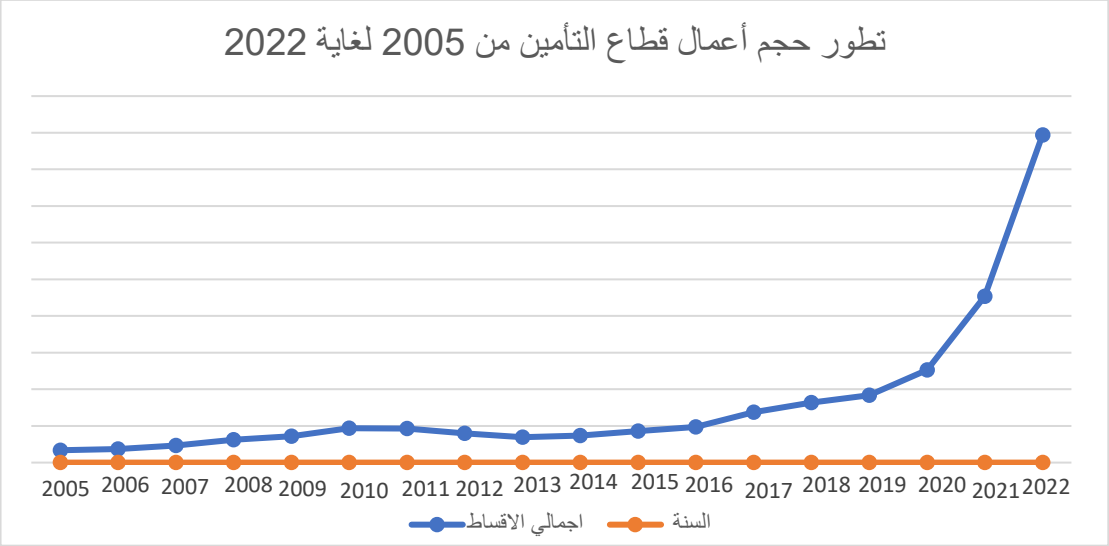
---

[38] يوسف محمود، يسيرة دريباتي، علي يوسف (2014)، قطاع التأمين السوري وأثر دخول شركات تأمين خاصَّة على حجم الطلب التأميني، مجلة جامعة تشرين، سوريَّة، ص 225-241

[39] عبود، عبد اللطيف، (2007)، نشوء التأمين وتطوره، ورقة العمل قدمت في ندوة (التأمين في الإعلام)، دمشق، سوريَّة.

[40] الموقع الرسمي لهيئة الإشراف على التأمين،2023: http://www.sisc.sy/Publications/37/32/Ar

الشكل (2-1) تطور حجم أعمال قطاع التأمين من 2005 لغاية 2022



المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

ويلاحظ من الشكل السابق نمو متزايد في قطاع التأمين في سوريَّة من عام 2005 إلى 2008، حيثُ تطورت نسبة النمو من 10% عام 2006 إلى 35% عام 2008، وهذا يعدُّ نقلة نوعية مميزة ويعدُّ ذلك نتيجة لدخول شركات التأمين الخاصَّة، إمَّافي عام 2009 نلاحظ انخفاض في معدل نمو صناعة التأمين في سوريَّة وقد يرجع ذلك بسبب الأزمة المالية العالمية وأثرها على دول العالم بشكل عام، وبعد انتهاء آثار الأزمة المالية العالمية خلال عام 2009 عاد مؤشر النمو للارتفاع بشكل ملحوظ في صناعة التأمين في سوريَّة، إلا أنه وللأسف كان للأزمة السوريَّة التي بدأت في بداية عام 2011 أثرٌ قاتلٌ على صناعة التأمين حيثُ انخفض معدل النمو لصناعة التأمين في سوريَّة من 32% إلى -2% في عام 2011، واستمر معدل النمو بالانحدار حتى وصل إلى أسوء حالاته في عام 2013 حيثُ بلغ -14%، ثم ومع عودة الاستقرار نوعاً ما إلى سوريَّة وتولد شعور عام عند المواطنين والشركات بالتوجه نحو الاستقرار بدأ مؤشر النمو في العودة إلى الارتفاع لكن بشكل متذبذب في الأعوام بين 2014 و 2019 وذلك بسبب حالة عدم الاستقرار الاقتصادية التي تعاني منها سوريَّة في مجالات متعددة وبشكل خاص التذبذبات الكبيرة لسعر الصرف ثم نلاحظ تصاعد مؤشر النمو مجدداً وتُشكّلُ قفزة نوعية منذ 2020 لتصل الأقساط في 2022 لما يقرب 200 مليار ليرة سوريَّة وذلك لعدة أسباب لعل أهمها هو رفع أقساط التأمين للوصول إلى سعر متوازن في ظل مستويات التضخم الهائلة بالإضافة إلى لجوء المواطنين إلى التأمين الصحي هرباً من الارتفاع الكبير في أسعار الخدمات الصحيَّة والأدوية.

7.2 التحديات التي تواجه التأمين في سوريَّة:

هناك عدة تحديات[41] يواجها قطاع التأمين في سوريَّة منها ما هو متعلق بالطبيعة الاقتصادية للدولة ومنها ما يتعلق بالطبيعة الاجتماعية للمجتمع السوري من هذه التحديات ما يلي:

1.7.2 قصور الوعي التأميني:

يعدُّ الوعي التأميني من أحد التحديات التي تواجه قطاع التأمين في الوطن العربي بشكل عام، حيثُ أن هذا الوعي هو عبارة عن مدى إدراك الأفراد في المجتمع لأهمية الخدمات التأمينية وإدراكه للمخاطر التي من الممكن أن يتعرض لها خلال حياته وكذلك مدى إدراك الأفراد ضمن المجتمع لحجم التغطية التي من الممكن أن يحصل عليها الفرد من خلال الخدمات التأمينية المختلفة المعروضة من قبل شركات التأمين، ومن أسباب قصور الوعي التأميني الآتي:

- الاعتقادات الاقتصادية والاجتماعية المتأثرة بالعادات والتقاليد حيثُ يميل الأفراد ضمن المجتمع إلى مفهوم الادخار، وكذلك الاعتقادات الدينية والمواقف التي يتخذها الأفراد تجاه المفهوم التأميني.
- الاضطرابات الاقتصادية ومستوى التناسب بين معدل النمو الاقتصادي والنمو السكاني وما ينتج عنها من تأثير على الظروف الاجتماعية.
- الأزمات الاقتصادية المتلاحقة التي تضرب المجتمع السوري، والتي لا تساعد على توفير مناخ مناسب للاستقرار والتوجه إلى الخدمات التأمينية.

ويعدُّ قصور الوعي التأميني أحد أهم التحديات التي تواجهها شركات التأمين، وهذا يدفع هذه الشركات العاملة في قطاع التأمين السوري وبشكل خاص بعد الأزمة الكبيرة التي عانت منها سوريَّة خلال العشر السنوات السابقة لبذل جهود مضاعفة للتغلب على هذه الظاهرة، والتي تؤدي في نهاية الأمر إلى خلق مناخ من عدم تفهم الأفراد لجهود شركات التأمين.

وفيما سيأتي بعض مظاهر انخفاض الوعي التأميني لدى الجمهور ومنها:

- عدم إدراك الفرد لاحتياجه للتأمين من جهة، ومن جهة أخرى قد يكون مدركاً لأهمية التأمين، لكنه لا يعلم أيّ نوع من المنتجات التأمينية التي هو بحاجة إليها.
- عدم اهتمام الفرد المتعامل مع قطاع التأمين بقراءة الشروط والاشتراطات الموجودة بوثيقة التأمين، ما يتسبب في ظهور مشاكُلّ عديدة مع شركة التأمين.

---

[41] التأمين في سوريَّة بين الواقع وآفاق المستقبل (2007)، المركز الاقتصادي السوري (تقرير خاص)، SyrMobi، دمشق، سوريَّة، ص17.

- عدم الالتزام بتنفيذ توصيات شركات التأمين عند معاينة الممتلكات المراد تأمينها.
- إعطاء العميل أولوية كبيرة لسعر التأمين وقيمة القسط بغض النظر عن الخدمة التأمينية المقدمة من خلال الشركة وأثر هذه الخدمة على نشاطاته التجارية والمعيشية.
- شعور الأفراد بعدم أهمية التأمين، وإن التكلفة التي يدفعها لشراء التأمين هي عبء وثقل يرهق ميزانيته وبشكل خاص خلال الفترة الحالية.

2.7.2 ضعف دخل الفرد:

من المسائل الأخرى المهمة جداً، والتي تواجهها شركات التأمين هو ضعف الدخل الفردي لدى شريحة واسعة من المجتمع السوري وبشكل خاص خلال الفترة الحالية والتي تسبب بها الاختلاف الكبير لأسعار الصرف وتآكُلّ القدرة الشرائية للمواطن السوري، حيثُ أصبح المواطن السوري عاجز عن تخصيص جزء من دخله للنفقات الثانوية.

إلَّا أنَّ معالجةَ هذه المشكلة التي يعاني منها المواطن السوري غير ممكنة أبداً في الوقت الراهن وتحتاج إلى جهود كبيرة سياسية واقتصادية وإقليمية.

ويمكن سد بعض الفجوات وتخفيض أثر التحديات التي تواجه قطاع التأمين في سوريَّة من خلال عدة حلول من أهمها:

- العمل على زيادة الوعي التأميني لدى الجمهور طبقاً لنوع التأمين الذي يتناسب معهم من خلال عقد ندوات ودورات تأمينية للعاملين بالقطاع الخاص والعام، وتوضيح الأنواع التأمينية التي تتناسب مع نشاطهم.
- العمل على ابتكار منتجات تأمينية جديدة تلبي رغبات قطاع كبير من العملاء، وتناسب القدرة الاقتصادية للمواطنين في مختلف الشرائح.
- العمل على تنمية مهارات القطاع التسويق التأميني وذلك لإيجاد حلول تأمينية متناسبة مع طبيعة السوق السوريَّة.

المبحث الثالث: الرعاية الصحيَّة و التأمين الصحي

8.2 إدارة الرعاية الصحيَّة:

تحتل أنظمة الرعاية الصحيَّة في عالم اليوم مكان الصدارة من حيثُ أهميتها في حفظ وتعزيز صحة الناس طيلة حياتهم، لا بل أيضاً في التحضير لاستقبالهم ضمن مجتمع تسوده معالم الصحة والعافية، ومرافقتهم في دورة حياتهم أطفالاً ويافعين وبالغين وكهولاً وشيوخاً، وإن كان العالم ومازال يواجه مُتغيرات كثيرة وخطيرة وآخرها انتشار فيروس كورونا في معظم دول العالم، وهذا ما أدى سابقاً وحالياً إلى بروز تحديات ضخمة في مجال تأمين الرعاية الصحيَّة لكُلّ المواطنين، فإنه من المهم تسريع الخطى في المسير نحو بناء نظم رعاية صحيَّة ذات هيكُلّية متينة، تستفيد من التجارب التي خاضتها الدول والمجتمعات الأخرى وتأخذ في حسبانها خصوصيات الواقع المحلي وتواءم ذلك مع الاستشراف المستقبلي ومع مقتضيات التطور الدولي والعالمي.

وهذا ما دفع الحكومة السوريَّة سابقاً لإنشاء قوانين تسمح فيها بظهور شركات تأمين صحي من أجل أن تتحمل هذه الشركات مع المؤسسات الصحيَّة الحكومية والخاصَّة عبء مواجهة الأخطار الصحيَّة للمواطنين ومن أجل رفع مستوى جودة الخدمات الصحيَّة التي يتحصل عليها المواطنون.

1.8.2 مفهوم الخدمة الصحيَّة:

تعرف الخدمة الصحيَّة على أنها مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى خدمات الرعاية الصحيَّة للمستفيدين منها (المرضى) على نحو نظامي وموضوعي يسهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات المعارضة بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحيَّة والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحيَّة المتاحة لهم[42].

كما تعرف الخدمة الصحيَّة: بأنها تشير إلى أيّ خدمة، عامة أو خاصَّة، تهدف إلى تحسين صحة الأفراد أو السكان، ويمكن أن تشمل هذه الخدمات الرعاية الوقائية والعلاجية والملطفة والتأهيلية[43].

كما تعرف الرعاية الصحيَّة على أنها مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها نظم الرعاية الصحيَّة والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها والعمل دائماً على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها[44].

---

[42] عبد العباس حسن كاظم (2014). دور التَحلُّيل العاملي في تحديد أهم العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحيَّة المقدمة للمرضى، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، الكوفة، العدد4، ص248.

[43] World Health Organization (WHO): www.who.int

[44] يوسف بحر، بلال الجدي (2019). أثر جودة الخدمات الصحيَّة على رضا المرضى، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 27، العدد 3، ص5.

إمَّاإدارة الرعاية الصحيَّة، فتعرف: بأنها المهنة التي توفر القيادة والتوجيه للمؤسسات التي تقدم خدمات صحيَّة شخصية، وللأقسام، أو الوحدات، أو الخدمات داخل تلك المنظمات. يتحمل مديرو الرعاية الصحيَّة مسؤولية ضمان عمل مؤسساتهم بكفاءة وفعالية مع توفير رعاية عالية الجودة والامتثال للمتطلبات التنظيمية[45].

2.8.2 أهمية إدارة الرعاية الصحيَّة:

يواجه العاملون في القطاع الصحي، بالإضافة إلى الشؤون الصحيَّة التقنية التي تتعلق بتخصصاتهم، قضايا تتعلق بالتخطيط للرعاية الصحيَّة والتنفيذ والتقييم، مثل عدم وجود خطة متفق عليها وأهداف وأغراض مُحددة، ونقص البيانات المناسبة حول الوضع الصحي في المنطقة التي يعملون بها، فلقد ازدادت مؤخراً وبشكل كبير الموارد المستخدمة في الخدمات الصحيَّة، وخصوصاً المرافق الصحيَّة والموارد البشرية[46].

لكن وعلى الرغم من زيادة القوى العاملة في القطاع الصحي وعدد أسرة المستشفيات، إلا أن المشكلات الصحيَّة والخدمات الصحيَّة غير المناسبة ما زالت قائمة. وما زال الكثير من الوفيات يحدث في الدول النامية لأسباب يمكن تجنبها من خلال تقديم رعاية مناسبة.

وهناك خمسة أسباب رئيسية لهذا الوضع القائم في العديد من الدول النامية والمتقدمة على حد سواء، وهي:

- التركيز على بناء المرافق أكثر من تقديم الخدمات.
- التركيز على الخدمات التخصصية المعتمدة في المشفى وليس على الخدمات الوقائية والتعزيزية.
- الانتشار الضعيف وغير العادل للهيئات الصحيَّة.
- ضعف التنسيق مع القطاعات الاخرى والضعف في إشراك المجتمع.
- المخصصات غير المتوازنة للميزانية الصحيَّة.

وبالآتي من خلال ما سبق يتضح الدور الكبير الذي تلعبه شركات التأمين في تقديم الرعاية الصحيَّة للمؤمن عليهم لديها، مما يساعد في تحسين مستوى الرعاية الصحيَّة في المجتمع.

2.8.3 أقسام الخدمات الصحيَّة:

تنقسم الخدمات الصحيَّة إلى قسمين نذكرهما فيما يلي[47]:

أ- الخدمات الصحيَّة العلاجية: وتتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة وتشمل: التشخيص، العلاج، والرعاية الصحيَّة، وهي الخدمات التي تقدمها شركات التأمين الصحي.

---

[45] Centers for Disease Control and Prevention (CDC): www.cdc.gov

[46] منظمة الصحة العالمية (2007). الإدارة الصحيَّة، أكاديميا إنترناشيونال، بيروت، ص14-17

[47] إلهام يحياوي، ليلى بوحديد (2014). تقييم جودة الخدمات الصحيَّة ومستوى رضا الزبائن عنها، مجلة الباحث، باتنة، العدد4، ص320.

ب- الخدمات الصحيَّة الوقائية: وتتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع، ويطلق عليها أيضاً اسم الخدمات الصحيَّة البيئية أو العامة، وترتبط بالخدمات الموجهة للحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد.

2.8.4 أنواع الرعاية الصحيَّة:

هنالك مجموعة من الفروق بين أنواع الرعاية الصحيَّة كالآتي:

1.الرعاية الأولية: تشير الرعاية الاولية إلى الذين يعملون كنقطة استشارة أولية لجميع المرضى داخل نظام الرعاية الصحيَّة، وعادةً ما يكون هو طبيب الرعاية الاولية مثل الطبيب العام أو طبيب الأسرة، اعتماداً على المنطقة ينظم النظام الصحي، حيثُ قد يرى المريض اختصاصي رعاية صحيَّة آخر أولاً مثل الصيدلي أو الممرضة ووفقاً لطبيعة الحالة الصحيَّة يمكن إحالة المرضى للرعاية الثانوية أو الثالثة.

2. الرعاية الثانوية: تشمل الرعاية الثانوية الرعاية الحادة: العلاج اللازم لفترة قصيرة من الوقت لمرض قصير، ولكن خطير، غالباً ما توجد هذه الرعاية في قسم الطوارئ في المشفى، كما تشمل الرعاية الثانوية الولادة والرعاية المركزة وخدمات التصوير الطبي. ويستخدم مُصطلح الرعاية الثانوية في بعض الأحيان بشكل مترادف مع الرعاية في المشفى.

3.الرعاية الثالثية: الرعاية الثالثية وهي رعاية صحيَّة استشارية متخصصة في منشأة لديها أفراد ومرافق لإجراء فحص طبي متقدم. ومن أمثلة خدمات الرعاية الثالثية علاج السرطان، جراحة الأعصاب، جراحة القلب، والجراحة التجميلية وخدمات طب الأطفال والتدخلات الصحيَّة والجراحية المعقدة، وهي الرعاية التي تقدمها شركات التأمين الصحي.

9.2 الأطراف المشاركة في إدارة الرعاية الصحيَّة:

مُقدّمو الرعاية الصحيَّة: المشافي والمراكز الصحيَّة والعلاجية بما فيها من الأطباء والممرضون والمتخصصون الصحيون المساندون الذين يقدمون الخدمات السريرية.

مديرو الرعاية الصحيَّة: المؤسسات والأفراد الذين يخططون ويوجهون وينسقون ويشرفون على تقديم الرعاية الصحيَّة بشكل موجه واحترافية.

المرضى: الأفراد الذين يحتاجون تلقي خدمات الرعاية الصحيَّة بمختلف أنواع هذه الخدمات.

شركات التأمين: الجهات التي تقدم التغطية لخدمات الرعاية الصحيَّة وفق مُحدّدات وشروط صناعة التأمين في كُلّ بلد.

شركات ال TPA: هي مؤسسات تتولى الوظائف الإدارية لمُقدّمي خدمات التأمين الصحي، حيثُ يقومون بمعالجة المطالبات وإدارة التسجيلات والتعامل مع المهام الإدارية الأخرى المتعلقة بخطط التأمين الصحي، يمكن أن تكون هذه الشركات جزءاً من شركات التأمين أو تكون كيانات مستقلة.

شركات الرعاية: وهي مؤسسات تقدم خدمات متعلقة بالصحة، وغالبًا ما تركز على جوانب مُحددة من الرعاية مثل الرعاية الصحيَّة المنزلية ورعاية المسنين والخدمات الصحيَّة المتخصصة. الأمثلة تشمل:

- وكالات الصحة المنزلية: تقديم الرعاية الصحيَّة في منازل المرضى.
- دور رعاية المسنين: تقدم رعاية طويلة الأمد لكبار السن أو المعاقين.
- مراكز التأهيل: تقديم خدمات العلاج والتأهيل.

الجهات الحكومية: الهيئات التنظيمية التي تشرف على معايير وممارسات الرعاية الصحيَّة.

شركات الأدوية: الشركات التي تعمل على تطوير وإنتاج وتسويق الأدوية.

موردو المعدات الصحيَّة: الشركات التي تقدم الأجهزة والمستلزمات الصحيَّة

1.9.2 برامج الرعاية الموجهة الخاصَّة[48]: المقصود بالرعاية الموجهة طريقة لدمج عمليتي تمويل وتقديم خدمات الرعاية الصحيَّة ضمن نظام يدار من خلال كُلّفة تلك الرعاية ومراقبة نفقاتها وتيسير الحصول عليها وضمان جودتها، وإمَّامؤسسات الرعاية الموجهة فهي مرافق تقوم بإدارة وتشغيل برامج الرعاية الموجهة.

2.9.2 مبادئ الرعاية الموجهة:

تختلف برامج الرعاية الموجهة عن برامج تأمين النفقات الصحيَّة التقليدية في عدة وجوه علاوةً على الطرق التي تدار بها هذه البرامج، إمَّاأوجه الاختلاف فتكمن في:

أ- **الإدارة الصحيَّة:** تشرف مؤسسات الرعاية الموجهة على أنواع خدمات الرعاية الصحيَّة الممنوحة لأعضاء البرنامج للتأكد من حصولهم على الخدمات الضرورية والمناسبة طبياً، وعدم استخدام مصادرها وأصولها المالية في الخدمات غير الضرورية أو المفرطة، ويشار إلى هذه العملية بالإدارة الصحيَّة، وتعرف معظم برامج الرعاية الموجهة مُصطلح الخدمات الضرورية طبياً بأنها الخدمات التي تَعدُّ:

- منسجمة مع العوارض والتشخيصات ومعالجة الحالة التي يعاني منها العضو.
- مطابقة للمعايير الخاصَّة بالممارسة الصحيَّة الجيدة.
- مقدمة في صورة ومستوى من الرعاية الصحيَّة حسب المعايير التي تتطلبها حالة العضو في البرنامج دون أية مبالغة.

ب- **إدارة الشبكة:** تسعى برامج الرعاية الموجهة إلى مراقبة تكاليف الرعاية الصحيَّة عبر استخدام شبكات مُقدّمي الخدمات الصحيَّة.

---

[48] ديما الديك (2011). تحديات التأمين الصحي وأثرها على جودة الخدمة المقدمة في سوق التأمين السوريَّة، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، ص34.

والمقصود بالشبكة هو مجموعة الأطباء والمستشفيات ومُقدّمي الخدمات الإضافية الذين تتعاقد معهم برامج الرعاية الموجهة لتقديم خدمات الرعاية الصحيَّة إلى أعضاء البرنامج.

ت- **إدارة الاستخدام والجودة:** تقوم برامج الرعاية الموجهة كذلك بإدارة ومراقبة التكاليف وذلك بواسطة عملية تسمى (إدارة ومراقبة الاستخدام)، وهي طريقة مصممة تساعد على التأكد من حصول أعضاء البرنامج على الرعاية الأكثر ملائمة من مقدم الخدمة الصحيَّة الأنسب وبأقل التكاليف الممكنة وبجودة عالية.

10.2 مفهوم التأمين الصحي:

بدأ التأمين الصحي في ألمانيا عام 1883 ، ثم انتقل إلى بريطانيا عام1911 ثم فرنسا، ثم انتشر في أوروبا، ويعدُّ التأمين الصحي فرعاً من فروع التأمين الاجتماعي، يقدم الخدمة الصحيَّة مقابل الاشتراكات الدورية للمؤمن عليهم، ويوفر الرعاية الصحيَّة عند الحاجة إليها بصورة فورية، ويمول من الأطراف المعنية ولا يهدف أبداً إلى تحقيق الربح للمؤمن عليهم حيثُ أن جميع المؤمن عليهم يتوقعون خسارات مالية متساوية أو متشابهة تقريباً، وهذا الأمر الذي يدخل هذه الظاهرة فيما يعرف بتوقع الخسارة أو التوقع الرياضي، وهو تلك القيمة التي إذا دفعت بواسطة جميع الأفراد المعرضين لخطر معين، وجمعت بمعرفة جماعتهم أو جماعة متخصصة أخرى منهم، فإنها تكفى لدفع مجموع قيم الخسارات المالية المتوقعة التي قد تصيب بعضهم نتيجة تحقق الخطر المفترض[49].

ويتألف نظام التأمين الصحي من عدة مسائل أهمها:

- مدى مشاركة المنتفع بالمخاطر.
- كيفية تحديد أساس الاشتراك، هل هو على أساس دخل المنتفع أم على أساس مستوى المخاطر المعرض لها.
- مدى إلزامية أو عدم إلزامية الاشتراك في التأمين الصحي.
- أساليب تمويل التأمين الصحي.
- أساليب تنظيم التأمين الصحي، ما إذا كان منظما بإطار تشريعي، أو اتفاقات جماعية بين الأفراد.

[49] الموقع https://www.aleqt.com/2009/05/01/article_7601.html

11.2 أنواع التأمين الصحي:

يشمل التأمين الصحي بشكل عام عدة أنواع من العقود التأمينية التي رغم ارتباطها ببعضها البعض، إلا أن كُلّاً منها يهدف إلى الحماية ضد مخاطر مختلفة وأهمها:

1) تأمين دخل العجز: التأمين ضد فقدان الدخل، والذي يوفر دفعات منتظمة عند عدم قدرة المؤمن عليه على العمل بسبب المرض أو الإصابة وتكون أهلية تحصيل الدفعات على أساس افتراض فقدان الدخل، ولكن تعرف فعلياً على أساس عدم القدرة على ممارسة العمل.

2) تأمين التكلفة الصحيَّة: يوفر تكاليف الرعاية الصحيَّة الناتجة عن الإصابة أو المرض، وتشمل تكاليف الأطباء والمستشفيات وخدمات التمريض والخدمات الصحيَّة الأخرى ذات العلاقة وهو النوع الأكثر شيوعاً، ويمكن أن يتمَّ تقديم هذه الخدمات داخل البلد ويسمى بالتأمين الصحي الداخلي أو خارج البلد في مناطق جغرافية مختلفة ويسمى بالتأمين الصحي الخارجي، إضافةً إلى الأدوية والتجهيزات الصحيَّة، وقد تأخذ المنافع التأمينية عدة أشكال، فقد تكون بالتعويض المباشر عن التكاليف إمَّالمقدم الخدمة أو للمؤمن عليه، أو بدفع مبالغ نقدية مُحددة أو بتوفير الخدمات المباشرة[50].

وبالإمكان تقسيم هذا النوع من التأمين إلى أربعة أنواع هي:

- تغطية تكاليف المشفى
- تكلفة الجراحة
- تكاليف الخدمات الصحيَّة العادية
- التكاليف الصحيَّة الكبرى

12.2 أهداف التأمين الصحي:

يحقق التأمين الصحي عدة أهداف من أهمها:

- إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة الصحيَّة، بالإضافة إلى رفع مستوى الاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد، وتحسين مستوى الخدمات الصحيَّة المقدمة له، حيثُ أن المرض من خلال التأمين الصحي لم يعد يحمل معنى المعاناة المالية وإنما هذه المعاناة تتلاشى بوجود التأمين الصحي إمَّابدون التأمين الصحي فإن المرض يُشكّلُ عبء مالي كبير ويجعل المريض أمام عدة خيارات صعبة مثل الاستدانة أو بيع الممتلكات[51].

---

[50] حربي محمد عريقات (2008)، التأمين وإدارة الخطر، دار الأوائل، عمان، الأردن، ص370

[51] خديجة حسين نصر (2007)، نظام التأمين الصحي في مناطق السلطة الفلسطينية الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله، فلسطين.

- يساعد التأمين الصحي على حث مؤسسات تقديم الخدمات الصحيَّة على بذل المزيد من الجهود من أجل خلق حالة من التنويع والمنافسة فيما بينها بهدف تقديم الخدمات الصحيَّة بأشكال تنافسية وجذابة للمستفيدين.
- يساعد التأمين الصحي على المساهمة في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف، وبالآتي تخفيف الأعباء عن الميزانيات العامة للحكومات والمؤسسات أو الشركات أو الأفراد المسئولين عن علاج العاملين لديهم.
- توفير فرص عمل جديدة في شركات ومؤسسات التأمين التجارية، حيثُ تسمح الدول بتأسيس شركات تتعاطى أعمال التأمين، وتحتاج هذه الشركات إلى كادر وظيفي، الأمر الذي يسهم بتوفير مدخولات إضافية للدخل القومي، وإنعاش الحركة الاقتصادية.
- تحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة وتقوية روح التكافل الاجتماعي من خلال توفير الخدمات الصحيَّة الشاملة والمتكاملة بأسلوب تكافلي يضم كافة أفراد المجتمع.

الفصل الثالث: التأمين الصحي في سوريَّة

المبحث الأول: واقع التأمين الصحي في سوريَّة.

1.3 المقدمة

2.3 أداء شركات التأمين الخاصَّة في سوريَّة

3.3 الصعوبات التي تواجه التأمين الصحي في سوريَّة

4.3 المزايا التي يحققها التأمين الصحي في سوريَّة

المبحث الثاني:شركات إدارة النفقات الصحيَّة.

5.3 ماهية شركات إدارة النفقات الصحيَّة

6.3 شركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة

7.3 الأداء الفني لشركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة

8.3 الأداء المالي لشركات إدارة الصحيَّة في سوريَّة

المبحث الثالث: العلاقة بين شركات إدارة نفقات التأمين الصحي وبين شركات التأمين.

9.3 التعاقد بين شركات إدارة النفقات الصحيَّة وشركات التأمين

10.3 تضارب المصالح في العلاقة المتداخلة بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة.

المبحث الأول: واقع التأمين الصحي في سوريَّة

1.3 مقدمة:

انطلاقاً من الفوائد الجمة الناجمة عن أهمية تحسين جودة الأداء الصحي لما يحققه من عوائد كبرى على الأفراد والشركات فقد سعت سوريَّة إلى تحسين وضع الرعاية الصحيَّة وتأمين مستلزماتها ورفع المستوى الصحي لمواطنيها كافة وتأمين الخدمات الصحيَّة لهم ورفع مستوى وعيهم في مجال الوقاية من الأمراض ومعالجتها، وهذا ما أثبتته التطورات الكثيرة في مجال الخدمات الصحيَّة التي تجلت في زيادة عدد المشافي والمستوصفات والمراكز الصحيَّة وفي زيادة عدد الكوادر البشرية العاملة في مجال الصحة من أطباء بمختلف اختصاصاتهم وممرضات وممرضين ومساعدين للأطباء وصيادلة وكوادر إدارية، وفي تطور صناعة الأدوية وتكثف حملات اللقاح والمضادات، حيثُ تمَّ السيطرة على الكثير من الأوبئة الفتاكة[52].

لكن في الحقيقة هناك عقبات عديدة يعاني منها مشروع التأمين الصحي من أهمها قلة التشريعات الناظمة للتأمين الصحي، وحالات الاحتيال وسوء الاستخدام حيثُ يعد التأمين الصحي مجالاً خصباً للممارسات الاحتيالية لعدة عوامل أهمها الاعتقاد بأنها جريمة بيضاء ولا يمكن أن تتأثر شركات التأمين العملاقة بهكذا ممارسات والرغبة في استحقاق قسط التأمين الذي دفع سلفاً[53]، وعدم كفاية قسط التأمين والتغير الكبير في تسعير الخدمات الصحيَّة والدوائية، وعدم وجود جهة ملزمة للقرارات الصادرة على جميع الاطراف المعنية، وعدم وجود عقوبات رادعة لجميع الاطراف وخاصَّة مزودي الخدمة.

وكذلك تباين التعرفة التأمينية عن التعرفة الصحيَّة المعمول بها، وعدم وجود توعية تأمينية حقيقية للمؤمنين صحياً، وبالنسبة لتباين التعرفة التأمينية عن التعرفة الصحيَّة فهي تسبب حالة من عدم رضا مزود الخدمة وبالآتي ينعكس ذلك بشكل أو بآخر على جودة تقديم الخدمة للمؤمن له وهذا قد يؤدي إلى محاولة مُقدّمي الخدمات الصحيَّة للتهرب من تغطية بعض الأمراض مع أنها قد تكون مذكورة في بوليصة التأمين الصحي.

وبالآتي هذا يدل على ضرورة العمل على إعادة هيكُلّة بوليصة التأمين الصحي بما يتناسب مع الواقع الفعلي وإصدار التشريع الناظم للقطاع وتوحيد الحد الأدنى لعقود التأمين الصحي والتغطيات للعاملين في القطاع الحكومي وتشميل أفراد أسرة المؤمن لهم، مع ما تمَّ ذكره من بعض الجوانب التي تحتاج إلى تطوير في قطاع التأمين الصحي في سوريَّة إلا أنه وبحسب التقرير السنوي[54] لهيئة الإشراف على التأمين في سوريَّة لعام 2022 فإن قطاع التأمين الصحي في سوريَّة حقق ما يلي:

---

[52] الموقع http://www.damas-times.com/?page=8&page_id=30979

[53] يوسف، شريف، (2020)، الغش وسوء الاستخدام في التأمين الصحي، المهدد الأخطر في شركات التأمين، بيروت، لبنان.

[54] http://www.sisc.sy/Publications/37/32/Ar

- الأقساط الإجمالية المحصلة في عام 2022 وصلت إلى /30.6/ مليار ل.س.
- نسبة أقساط قطاع التأمين الصحي من إجمالي أقساط التأمين وصلت إلى ما يقارب 45%.
- نسبة نمو أقساط التأمين في قطاع التأمين الصحي وصلت إلى 78%.
- التعويضات الإجمالية المقدمة إلى المؤمن لهم في قطاع التأمين الصحي بلغت /33.5/ مليار ل.س.
- نسبة نمو التعويضات بلغت ما يقارب 56% عن العام 2022.
- حصة المعيد من أقساط الفرع لدى الشركات الخاصَّة بلغت /2.1/ مليار ل.س.
- نسبة الأقساط المسندة للمعيد إلى أقساط الشركات الخاصَّة فقط 18%.
- حصة المعيد من تعويضات الفرع لدى الشركات الخاصَّة بلغت /1.2/ مليار ل.س.
- نسبة التعويضات المسددة من المعيد إلى التعويضات المسددة لدى الشركات الخاصَّة بلغت 18%.
- الأرباح التشغيلية لدى الشركات الخاصَّة /835/ مليون ل.س.
- نسبة الربح التشغيلي لفرع التأمين الصحي إلى إجمالي الربح التشغيلي بلغت 30%.

2.3 أداء شركات التأمين الخاصَّة في سوريَّة:

بحسب التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين في سوريَّة لعام 2022 والبيانات المالية لشركات التأمين الخاصَّة في سوريَّة، نوضح حصة الشركات من إجمالي الأقساط ومن أقساط التأمين الصحي على وجه الخصوص ومدى نموها من عام 2021 لعام2022[55].

1.2.3 أداء شركات التأمين الخاصَّة في سوريَّة من حيثُ الأقساط:

من الجدول أدناه نلاحظ نمو إجمالي الأقساط في شركات التأمين الخاصَّة عام 2022 بنسبة 53% عن عام 2021 وهي نسبة دالة وتوضح تعافي قطاع بشكل عام والتوجه التدريجي نحو الاستقرار العام في الاقتصاد الوطني بعد سنوات الأزمة، وإن كان جزء من هذا النمو يعكسه ارتفاع سعر المنتجات التأمينية تأثراً بالارتفاع في معدلات التضخم والارتفاع العام في أسعار السلع والخدمات بالإضافة ارتفاع أسعار الصرف.

[55] التقرير السنوي،2022، هيئة الإشراف على التأمين: http://www.sisc.sy/Publications/37/32/Ar

الجدول (3-1): حصة شركات التأمين الخاصَّة من إجمالي الأقساط لعامي 2021-2022

شركات التأمين الخاصَّة	إجمالي أقساط التأمين 2021	حصة الشركة 2021	إجمالي أقساط التأمين 2022	حصة الشركة 2022	نسبة النمو
أدير	2,089,909,150	5%	2,826,426,379	4%	35%
الثقة	572,940,052	1%	767,792,697	1%	34%
المتحدة	11,306,516,666	26%	14,179,804,731	22%	25%
السوريَّة العربية	3,702,003,666	9%	5,358,800,713	8%	45%
الوطنية	2,074,289,606	5%	1,487,927,080	2%	-28%
الاتحاد التعاوني	4,095,263,938	10%	7,838,066,988	12%	91%
الإسلامية	2,452,516,253	6%	4,478,891,060	7%	83%
الكويتية	3,305,548,900	8%	3,114,450,839	5%	-6%
العقيلة	2,830,396,571	7%	9,775,861,709	15%	245%
المشرق	2,797,945,410	7%	3,745,548,476	6%	34%
آروب	3,707,155,324	9%	6,840,998,747	10%	85%
العربية	3,794,604,775	9%	4,808,651,938	7%	27%
المجموع	42,729,090,311	100%	65,223,221,357	100%	53%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

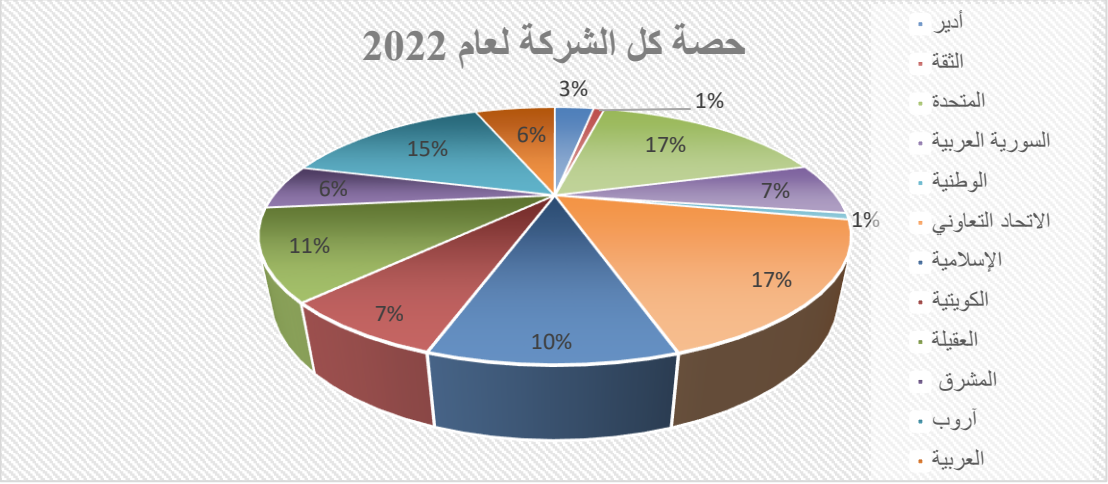
من خلال الجدول أدناه يمكننا ملاحظة أن أقساط فرع التأمين الصحي حققت نمواً في 2022 بنسبة 89% مُقارنة بعام 2021 كما تمثل 62% من نمو إجمالي الأقساط من عام 2021 لعام 2022 وهي نسبة دالة على التوجه العام نحو التأمين الصحي بسبب الارتفاع الكبير في تكاليف الرعاية الصحيَّة وعدم تناسبها مع مستوى الدخل لمعظم شرائح المواطنين، بعكس أقساط التأمين الصحي التي حافظت بشكل كبير على تناسبها مع دخل المواطنين، على الرغم من أن حجم الأقساط قد لا يعكس عدد المؤمن عليهم.

الجدول (3-2): حصة شركات التأمين الخاصَّة من أقساط فرع التأمين الصحي لعامي 2021-2022

الشركة	أقساط التأمين الصحي 2021	حصة الشركة 2021	أقساط التأمين الصحي 2022	حصة الشركة 2022	نسبة النمو
أدير	548,158,385	3%	863,674,575	3%	58%
الثقة	183,811,893	1%	240,919,131	1%	31%
المتحدة	1,716,744,289	11%	5,075,141,606	17%	196%
السوريَّة العربية	1,509,847,911	10%	1,967,013,086	7%	30%
الوطنية	459,290,338	3%	246,063,084	1%	-46%
الاتحاد التعاوني	2,209,176,992	14%	5,035,653,367	17%	128%
الإسلامية	1,293,990,868	8%	3,014,211,408	10%	133%
الكويتية	1,887,368,619	12%	2,114,450,839	7%	12%
العقيلة	1,981,188,212	13%	3,320,020,944	11%	68%
المشرق	1,136,812,332	7%	1,708,849,666	6%	50%
آروب	1,724,406,077	11%	4,465,744,687	15%	159%
العربية	1,166,788,352	7%	1,767,214,933	6%	51%
المجموع	15,817,584,268	100%	29,818,957,326	100%	89%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

الشكل (3-1): الحصة السوقية لشركات التأمين الخاصَّة من أقساط التأمين الصحي 2022



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

2.2.3 أداء شركات التأمين الخاصَّة في سوريَّة من حيثُ المطالبات:

من الجدولين أدناه نجد أن إجمالي المطالبات في شركات التأمين الخاصَّة حققت نمواً بنسبة 33% في 2022 بالمُقارنة مع 2021 وهي حالة طبيعية كون الأقساط كانت قد نمت بمقدار 53% في نفس الفترة، بينما حققت مطالبات فرع التأمين الصحي نمواً بنسبة 53% في 2022 مُقارنة مع 2021 علماً أن نمو مطالبات فرع التأمين الصحي تُشكّلُ 95% من إجمالي نمو المطالبات في 2022 وهو دليل إضافي على أن الإقبال على التأمين الصحي مؤخراً نابع من حاجة حقيقية لمعظم شرائح المجتمع للاستفادة من هذه الخدمات في ظل ارتفاع تكاليف الرعاية الصحيَّة.

الجدول (3-3): حصص شركات التأمين الخاصَّة من إجمالي المطالبات لعامي 2021-2022

الشركة	إجمالي المطالبات 2021	حصة كُلّ شركة 2021	إجمالي المطالبات 2022	حصة كُلّ شركة 2022	نسبة النمو
أدير	426,938,943	2%	876,161,103	4%	105%
الثقة	244,971,572	1%	280,700,505	1%	15%
المتحدة	2,787,846,709	15%	4,487,009,324	18%	61%
السوريَّة العربية	997,991,161	5%	1,510,803,929	6%	51%
الوطنية	2,751,634,988	15%	976,076,102	4%	-65%
الاتحاد التعاوني	2,390,526,007	13%	4,036,530,061	16%	69%
الإسلامية	812,414,351	4%	2,035,510,569	8%	151%
الكويتية	653,027,490	4%	2,181,073,525	9%	234%
العقيلة	1,477,860,524	8%	3,650,012,806	15%	147%
المشرق	2,815,874,775	15%	1,078,436,515	4%	-62%
آروب	1,008,296,320	5%	1,568,599,424	6%	56%
العربية	2,146,972,304	12%	1,906,949,975	8%	-11%
المجموع	18,514,355,144	100%	24,587,863,838	100%	33%

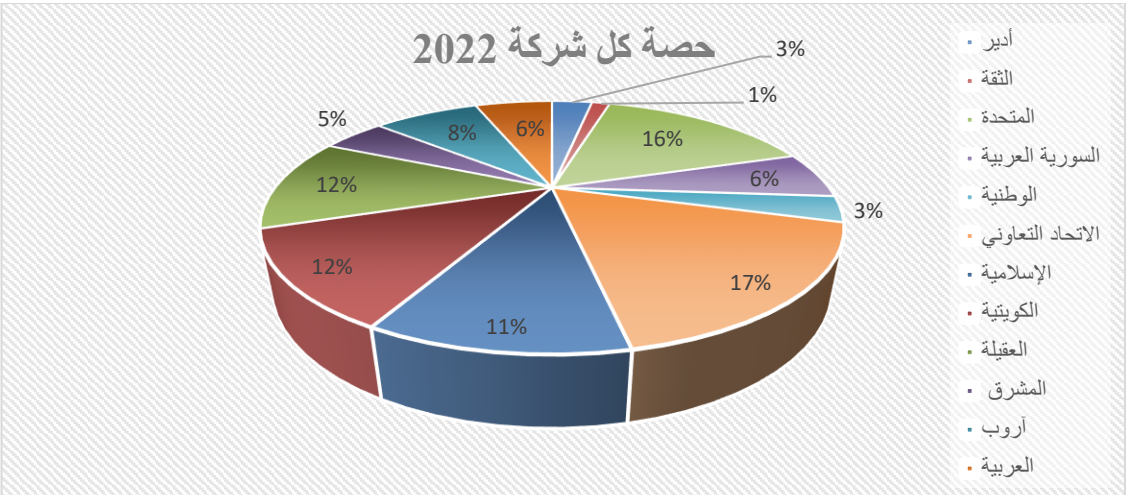
المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

الجدول (3-4): حصص شركات التأمين الخاصَّة من مطالبات التأمين الصحي 2021-2022

الشركة	مطالبات التأمين الصحي 2021	حصة كُلّ شركة 2021	مطالبات التأمين الصحي 2022	حصة كُلّ شركة 2022	نسبة النمو
أدير	209,986,615	2%	506,374,429	3%	141%
الثقة	165,699,237	2%	226,239,518	1%	37%
المتحدة	1,027,882,722	9%	2,635,808,075	16%	156%
السوريَّة العربية	647,092,154	6%	1,017,602,800	6%	57%
الوطنية	2,364,517,485	22%	559,064,310	3%	-76%
الاتحاد التعاوني	912,790,450	8%	2,902,973,570	17%	218%
الإسلامية	662,765,564	6%	1,839,928,836	11%	178%
الكويتية	556,804,107	5%	2,009,810,823	12%	261%
العقيلة	1,396,255,457	13%	2,018,723,311	12%	45%
المشرق	705,840,393	6%	769,580,250	5%	9%
آروب	788,173,885	7%	1,309,996,134	8%	66%
العربية	1,524,073,371	14%	971,057,502	6%	-36%
المجموع	10,961,881,440	100%	16,767,159,558	100%	53%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

الشكل (3-2): الحصة السوقية لشركات التأمين الخاصَّة من مطالبات التأمين الصحي 2022



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

3.2.3 أداء شركات التأمين الخاصَّة في سوريَّة من حيثُ الربح الفني:

من خلال الجدولين أدناه يمكننا ملاحظة أن إجمالي الربح الفني في كُلّ فروع التأمين في شركات التأمين الخاصَّة حققت نمواً بنسبة 159% في 2022 مُقارنة مع 2021 وهي نسبة ممتازة تدل بشكل واضح على كفاءة الشركات على المستوى الفني إجمالاً، بينما حقق الربح الفني في فرع التأمين الصحي نمواً بنسبة 18 % فقط في 2022 مُقارنة بعام 2021 وهي تمثل 2.2% من إجمالي نمو الربح الفني في كُلّ فروع التأمين، وهي نتيجة منطقية لأن فرع التأمين الصحي عالمياً يعدُّ من الفروع التي تحقق خسارة فنية وهي نتيجة مقبولة بنسب معينة، لما لهذا الفرع من أدوار اجتماعية وتسويقية، مع الأخذ في الاعتبار أن الربح الفني في مُجمل فروع التأمين أو فرع معين في فترة زمنية مُحددة لا يتحدد فقط من خلال الأقساط والمطالبات، بل هناك العديد من العوامل المتداخلة التي تؤثر في الربح الفني، كاتفاقيات الإعادة التي تحدد حصة المعيدين من الأقساط والمطالبات، كذلك الاحتياطات الفنية والمطالبات تحت التسوية من فترات سابقة والاستردادات في المطالبات المدفوعة بالإضافة إلى أتعاب شركات إدارة النفقات الصحيَّة.

الجدول (3-5): حصص شركات التأمين الخاصَّة من إجمالي الربح الفني 2021-2022

الشركة	إجمالي الربح الفني 2021	حصة كُلّ شركة 2021	إجمالي الربح الفني 2022	حصة كُلّ شركة 2022	نسبة النمو
أدير	500,403,588	8%	756,436,508	5%	51%
الثقة	154,271,591	3%	342,462,975	2%	122%
المتحدة	2,366,424,909	40%	6,243,174,177	40%	164%
السوريَّة العربية	755,656,516	13%	1,311,049,348	8%	73%
الوطنية	-587,677,305	-10%	795,994,029	5%	235%
الاتحاد التعاوني	-2,566,814	0%	1,234,590,007	8%	48198%
الإسلامية	575,036,605	10%	326,656,404	2%	-43%
الكويتية	638,929,163	11%	9,143,718	0%	-99%
العقيلة	-99,669,854	-2%	1,140,154,854	7%	1244%
المشرق	241,438,204	4%	903,998,284	6%	274%
آروب	584,256,410	10%	1,341,090,740	9%	130%
العربية	825,270,241	14%	1,020,638,370	7%	24%
المجموع	5,951,773,254	100%	15,425,389,414	100%	159%

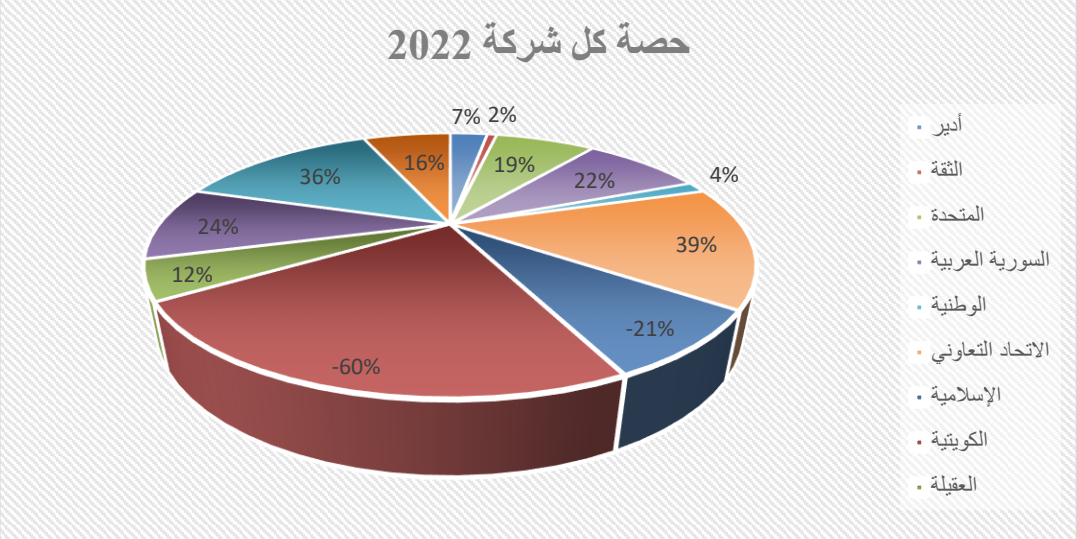
المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

الجدول (3-6): حصص شركات التأمين من الربح الفني في فرع التأمين الصحي 2021-2022

الشركة	الربح الفني في قطاع التأمين الصحي 2021	حصة كُلّ شركة 2021	الربح الفني في قطاع التأمين الصحي 2022	حصة كُلّ شركة 2022	نسبة النمو
أدير	76,924,424	7%	94,050,636	7%	22%
الثقة	-29,170,357	-3%	23,905,565	2%	182%
المتحدة	253,522,555	22%	250,846,691	19%	-1%
السوريّة العربية	385,465,497	34%	292,691,098	22%	-24%
الوطنية	-1,080,285,325	-95%	48,654,983	4%	105%
الاتحاد التعاوني	312,248,061	27%	525,119,628	39%	68%
الإسلامية	495,938,595	44%	-278,712,752	-21%	-156%
الكويتية	258,080,612	23%	-809,691,757	-60%	-414%
العقيلة	357,884,105	31%	168,119,127	12%	-53%
المشرق	54,505,090	5%	323,260,314	24%	493%
آروب	38,599,740	3%	490,454,400	36%	1171%
العربية	15,962,472	1%	220,195,358	16%	1279%
المجموع	1,139,675,469	100%	1,348,893,291	100%	18%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

الشكل (3-3): الحصة السوقية لشركات التأمين من الربح الفني في قطاع التأمين الصحي 2022



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

3.3 الصعوبات التي تواجه التأمين الصحي في سوريَّة:

تتلخص الصعوبات التي يواجها قطاع التأمين في سوريَّة فيما يلي:

- انخفاض مستوى الرقابة على شركات التأمين الصحي من قبل الجهات الحكومية، رغم الدور الإشرافي والرقابي المهم للهيئة الإشراف على التأمين إلا أن ضعف الإمكانيات يدفع بعض شركات التأمين لإتباع سياسات وآليات عمل غير واضحة وغير متضمُّنة في عقود التأمين، ومنها:
  - عدم وضوح البروتكولات المعتمدة للموافقة على العلاجات، أيّ عدم الموافقة على صرف كافة الأدوية بشكل واضح للمؤمن لهم.
  - عدم حصول المؤمن عليه على عدد المراجعات للعيادات المنصوص عليها في عقد التأمين.
- انخفاض نسبة تغطية الأمراض من قبل شركة التأمين الصحي للمؤمن عليهم، حيثُ إنه من الملاحظ أن الأمراض المغطاة في أنظمة التأمين الصحي الحكومية عادةً ما تكون غير ملبية لحاجات المشتركين الصحيَّة[56].
- محدودية مبالغ الإنفاق من قبل شركة التامين الصحي على المؤمن عليهم، فمن الملاحظ وجود مبلغ مالي سنوي وعدد مرات مراجعة العيادات والمخابر والمشافي لا يمكن تجاوزها.
- فردية التغطية الصحيَّة، حيثُ إنها تشمل فقط المؤمن عليهم ولا تشمل باقي أفراد العائلة.
- عدم وجود كوادر متخصصة في مجال التأمين الصحي في الجهات الحكومية، مما يؤدي لضعف الرقابة والمتابعة من قبل الجهات الحكومية، الأمر الذي يؤدي بدوره لزيادة تهرب الشركات من مسؤوليتها وعدم وضوح آلية القبول والرفض والصرف للطبابة والوصفات والتغطية للمشترك.
- سوء البنية التحتية المخصصة لخدمات التأمين الصحي مما يُؤثّرُ في سرعة تقديم الخدمة.
- خروج الكثير من مُقدّمي الخدمات (مشافي، صيدلية، الخ...) من الخدمة في العديد من المحافظات، وسفر العديد من الكوادر الصحيَّة إلى الخارج خلال الأزمة الراهنة مما أثر بشكل سلبي على المشتركين في التأمين الصحي.
- صعوبة إيجاد حل فوري للنازحين بين المحافظات حيثُ تقتطع أقساط التأمين بشكل مستمر ولا يتمكنون من الحصول على الخدمات في الكثير من الأحيان.

---

[56] حبيب محمود، باسل أنور أسعد (2016)، دراسة تَحلُّيلية لواقع التأمين الصحي الحكومي من وجهة نظر العاملين في مديرية السياحة باللاذقية، مجلة جامعة البعث، مجلد 38، العدد 23، اللاذقية، سوريَّة، ص25.

4.3 المزايا التي يحققها التأمين الصحي:

يحقق التأمين الصحي مزايا عديدة على الاقتصاد الوطني بشكل عام والقطاع الصحي بشكل خاص ومن هذه المزايا ما يلي:

1. تنامي وتطور القطاع الصحي (العام والخاص) لتنافسهم في استقطاب المؤمنين صحياً.
2. الحد من استنزاف النقد الأجنبي الناتج عن نفقات العلاج في الخارج، مما يؤدي إلى مزيد من النمو الاقتصادي.
3. وجود أنظمة التأمين الصحي يشجع المستثمرين في مزيد من الاستثمارات الصحيَّة الكبرى وبالآتي المزيد من النمو والتنمية للوطن.
4. إن وجود برامج فعالة للتأمين الصحي يساعد على زيادة معدلات النمو السكاني ويحسن الصحة العامة للسكان وهذا يساعد على تحقيق وفرة في الأيدي العاملة الوطنية وهذا من شأنه أن يزيد الإنتاجية والنمو الاقتصادي.
5. تعبئة المدخرات الضخمة التي تتكون عن دفع الناس أقساط التأمين بأنواعه المختلفة الى شركات التأمين، وثم توجيهها عن طريق تلك المؤسسات نحو المشاريع الاستثمارية وبخاصَّة طويلة الأجل، حيثُ إن شركات التأمين تعد من أكثر المؤسسات قدرة على جمع المدخرات والادخار كما هو معلوم ومن ثم توجيهه نحو الاقتصاد الوطني.

المبحث الثاني: شركات إدارة النفقات الصحيَّة

5.3 ماهية شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

وهي شركات تتولى التعاقد (نيابةً عن شركة التأمين) مع شبكة من مُقدّمي الخدمات الصحيَّة (أطباء، صيادلة، مستشفيات ...) وذلك لقاء أسعار تفضيلية حيثُ توفر لهم البنية الإلكترونية اللازمة لبدء مفاعيل هذا التعاقد، كالأجهزة القارئة للبطاقات، مساعدتهم في موضوع توفير الإنترنت، وغير ذلك[57].

كما تتولى استلام الفواتير الصحيَّة منهم وتدقيقها، ثم تحويلها إلى شركة التأمين، ليتمَّ بناءً عليه، وبعد التأكد من صحة هذه الفواتير، استلام قيمتها من شركات التأمين وتسليمها إلى مُقدّمي الخدمة الصحيَّة، عدا عن معالجة استفسارات المؤمن لهم على أرقام خدمة الزبائن لكُلّ شركة.

أيّ باختصار فإن شركات إدارة النفقات الصحيَّة هي شركات لإدارة المطالبات في هذا الفرع التأميني بموجب اتفاق وعقد مبرم مع شركة التأمين، تتقاضى بموجبه شركات الإدارة نسبة من أقساط التأمين، أو مبلغاً مقطوعاً مُحدداً عن كُلّ مؤمن له في المحفظة المعنية (في سوريَّة تأخذ شركة الإدارة أيضاً نسبة من فواتير مُقدّمي الخدمة الصحيَّة)، كما تقوم شركات إدارة النفقات الصحيَّة بإدارة بعض صناديق الرعاية النقابية، وهو دور كانت تقوم به شركات إدارة النفقات الصحيَّة قبل صدور المرسوم (43) لتنظيم صناعة التأمين في سوريَّة، لولا هذا الدور كان الأصح أن تسمى شركات إدارة المطالبات الصحيَّة، وبذلك فهي تقوم بأعمال التأمين أيضاً وهذا قد يخلق نوع من المنافسة بينها وبين شركات التأمين، كما أنه ليس من الخفي على العاملين في صناعة التأمين في سوريَّة أن شركات إدارة النفقات الصحيَّة هي التي تقوم بتسعير منتجات التأمين الصحي، وذلك بسبب عدم وجود خبرات كافية لدى شركات التأمين.

كما تعرف [58]شركات إدارة نفقات التأمين الصحيَّة بأنها: الشركات المرخص لها من الهيئة (هيئة الإشراف على التأمين) بتنظيم إجراءات التأمين الصحي المعقود بين شركة التأمين والمؤمن عليه وتمارس عملها بالنيابة عن شركة التأمين.

وأهم الاعتراضات الشائعة على عمل هذه الشركات هو التأخر في تسديد قيمة الفواتير لمُقدّمي الخدمة رغم أن هذا الأمر يتعلق بأسباب وظروف وأطراف أخرى، إضافة إلى هذه الشركات، وكذلك ضعف شبكاتها الصحيَّة من مُقدّمي الخدمات.

---

[57] علي الخضر، أحمد جزماتي (2018). التأمين الصحي أبرز التحديات التي تواجهه في سوريَّة، مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية، المجلد2، العدد1، ص بوحدي 33-49.

[58] المرسوم التشريعي رقم (43) لعام 2005، لتنظيم سوق التأمين.

1.5.3 مهام شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

هنالك مجموعة من المهام التي تقوم بها شركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة، وهذه المهام هي[59]:

- إدارة النفقات الصحيَّة.
- تنظيم العلاقة وبشكل محايد بين الضامن والمضمون ومُقدّمي الخدمة الصحيَّة.
- تقديم الخدمة والرعاية الصحيَّة للمضمونين على مدار 24 ساعة.
- مراقبة وتعزيز مستوى الالتزام من قبل مُقدّمي الخدمات الصحيَّة وتطبيق الأصول والمعايير الدولية المتعارف عليها.
- إدارة صناديق الرعاية النقابية.
- تسعير منتجات التأمين الصحي وإن كان هذا مخالفاً لتعاميم وقرارات هيئة الإشراف على التأمين.

2.5.3 خدمات شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

تقوم شركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة بتقديم خدماتها لجميع أطراف العملية التأمينية وهي[60]:

- **الشبكة الصحيَّة:** بناء شبكة من الجهات الصحيَّة المعتمدة والمنتشرة جغرافياً لتقدم خدماتها بوسائل تكنولوجيا متقدمة والاتفاق مع مُقدّمي الخدمة على كُلّف مُحددة للإجراءات الصحيَّة والحصول على حسومات معينة.
- **الإدارة اليومية للمطالبات وتسديد الفواتير إلى مُقدّمي الخدمات:** وذلك بعد تدقيقها ومراجعتها وذلك عبر تطبيق وسائل وقاية وحماية متنوعة لأن ذلك يؤدي إلى تخفيض الكُلّفة على الضامن واستخدام التقنيات الحديثة في إدارة النفقات الصحيَّة عبر الرقابة الآلية وفق الشروط التعاقدية المتنوعة، ومنع أيّ تجاوزات بحيثُ يتمَّ الاطلاع على المطالبات قبل حدوثها لإخضاعها لشروط التعاقد واتخاذ القرار آلياً باستخدام آلية الاتصال المناسبة.
- **مراكز الاتصال:** خدمات سلسلة من مراكز الاتصال مهمتها تقديم الخدمات على مدار الساعة إلى المؤمن لهم ومُقدّمي الخدمات الصحيَّة.
- **خدمات إحصائية وتحديد المخاطر:** عادة ما تكون هناك دائرة للإحصائيات تقوم بتقييم المخاطر تقييماً دقيقاً، وتحديد أسعار المخاطر المكتتبة بشكل مدروس، والحفاظ على احتياطي معقول يحدد على أسس مدروسة من أجل تسديد قيمة المطالبات، وتسهم هذه الدائرة في تحديد متطلبات

---

[59] الشركة الوطنية للتأمين، الموقع الرسمي، 2023: http://www.natinsurance.com/indexar.php?page=3&nb=74

[60] مروان مطره جي: رئيس مجلس إدارة الشركة الدولية لإدارة الخدمات الصحيَّة إيمبا (2010). أهمية شركات إدارة الخدمات والنفقات الصحيَّة، مجلة المصارف والتأمين، العدد 13.

الزبائن وحاجات السوق عند وضع منتجات تستهدف مجموعات جديدة أو عند تعديل المجموعات المتداولة وذلك تلبية لمتطلبات المؤمنين (شركات التأمين وإعادة التأمين) لجهة التغطيات والتحديدات المالية ومستوى الأسعار، وتقوم أيضاً بإعداد تقارير إحصائية دورية تشمل دراسة معدلات البيع والمطالبات المرفوضة بالإضافة إلى توزيع المطالبات والتغييرات في وثيقة التأمين ودراسات إحصائية متخصصة حول الأسعار، وكُلّ ذلك بناء على طلب المؤمنين والصناديق الخاصَّة ومعيدي التأمين.

- **خدمات تكنولوجيا المعلومات:** تطوير برامج حاسب متخصصة في إدارة التأمينات الصحيَّة لاستخدامها وتسويقها وتوفير الخدمة الإلكترونية لحل المطالبات ومراقبة تنفيذ شروط أنظمة التأمين الصحي.
- **تصميم برامج التأمين الصحي:** القدرة على تصميم برامج وتغطيات تتناسب مع رغبة المؤمن لهم والإمكانيات المالية المتاحة والعمل على خدمة إدارة برامج التغطية الصحيَّة وتحسين مستوى الخدمة المقدمة للمؤمن له.
- **تقديم سجلات العناية الصحيَّة للمريض:** لتحسين التواصل بين المريض وطبيبه المعالج من خلال توفير أية معلومات طبية مفيدة إلى الطبيب تحتفظ بها وهي عبارة عن سجلات طبية شاملة تذكر فيها حالات إدخال المريض المشفى والادوية التي يتناولها والفحوصات الصحيَّة والمخبرية التي خضع لها، وهذه السجلات سرية ترسل في ظرف مختومة وتوجه مباشرة إلى الطبيب المعالج ليطلع عليها ويتخذ الإجراءات المناسبة، كما تتميز هذه السجلات باستعمال الترميز المعياري بحسب تصنيف الامراض الدولي مما يضمن تفسيراً صحيحاً للمعلومات الصحيَّة عن حالة المريض بغض النظر عن المكان الذي تمنح فيه العناية وعن الاخصائي الذي يمنحها.
- **تخفيف أو إزالة العبء الإداري:** وذلك على الإدارات العليا في تحديد أحقية وأولوية المشتركين في تلقي الخدمات الصحيَّة.
- **مراقبة ومتابعة حسن تنفيذ التقديمات الصحيَّة:** وذلك من خلال ضبط آلية المعالجة داخل وخارج المستشفيات عن طريق:

1. مراقبة معدل أيام الإقامة في المشفى ومعدل الكُلّفة لكُلّ حالة مرضية.
2. مطابقة الإجراء مع اختصاص الطبيب، ومطابقة الإجراء مع إجراء آخر، ومراقبة الفترة ما بين إجراء وآخر (تكرار الإجراءات والزيارات).
3. مطابقة الإجراء مع التشخيص، ثم مطابقتها جميعاً مع الدواء المصروف مع مراقبة كمية الإجراءات والمستلزمات مع وضع الحالة المرضية.

4. مطابقة الإجراء الطبي مع العمر والجنس.
5. مراقبة حق الطبيب بالقيام بإجراء أو فحص أو صرف دواء معين.
6. ضبط آلية صرف الدواء من خلال مراقبة توافق الدواء مع الجنس والعمر، مراقبة الفترات ما بين الأدوية (تكرار صرف الأدوية)، مراقبة توافق الدواء مع غيره من الأدوية، مراقبة أسعار وكميات الادوية الموصوفة.

3.5.3 التحديات التي تواجه شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

تساهم شركات إدارة النفقات الصحيَّة في نشر الوعي التأميني وذلك من خلال الندوات والمحاضرات التي يتمَّ تقديمها لمُقدّمي الخدمة الصحيَّة المشتركين في الشبكة[61].

إضافة إلى ذلك تقوم هذه الشركات بضبط الإجراءات الصحيَّة وتخفيض التكاليف على شركات التأمين، بحيثُ تخضع جميع الإجراءات المطلوبة من مزودي الخدمة إلى مراقبة شركة الإدارة، وبالآتي يتمَّ رفض الكثير من الإجراءات المبالغ فيها والتي لا يكون لها داعي طبي.

ومع زيادة أعداد المؤمنين صحياً وخاصَّة بعد صدور المرسوم التشريعي رقم /65/ في عام 2009 القاضي بتأمين موظفي الدولة لدى المؤسسة العامة للتأمين، كان على شركات الإدارة التوسع في انتشار الشبكة الصحيَّة لمُقدّمي الخدمات ليشمل جميع المحافظات والمناطق السوريَّة، مما شكل تحدياً أمام شركات الإدارة التي كانت شبكتها الصحيَّة غير منتشرة جغرافياً، كما توجب على شركات الإدارة زيادة الكادر الوظيفي وتوفير التدريب والتأهيل المناسب لهم خلال وقت قصير وذلك للمحافظة على جودة الخدمة المقدمة.

6.3 شركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة:

عملاً بأحكام المادة /25/ من المرسوم التشريعي /43/ لعام 2005 صدر القرار رقم 345 لعام 2010 المعدل للقرار رقم /9/ لعام 2006 الناظم لعمل شركات إدارة نفقات التأمين الصحي.

وبموجب هذين القرارين تمَّ توفيق الأوضاع والتراخيص لثمانية شركات تتولى إدارة محفظة التأمين الصحي لشركات التأمين وفيما يلي نبذة عن هذه الشركات[62]:

---

[61] علي الخضر، أحمد جزماتي (2018). التأمين الصحي أبرز التحديات التي تواجهه في سوريَّة، مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية، المجلد2، العدد1، ص العلمية، 33-49.

[62] التقرير السنوي لقطاع التأمين،هيئة الإشراف على التأمين،2023: http://www.sisc.sy/Providers/45/Ar

الجدول (3-7): شركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة

الرقم التسلسلي	اسم الشركة	نوع الشركة	رأس المال	تاريخ المزاولة
1	شركة ميدكسا لإدارة النفقات الصحيَّة	محدودة المسؤولية	125 مليون ل. س	2006/6/22
2	شركة إيمبا لإدارة النفقات الصحيَّة	مساهمة مغفلة	250 مليون ل. س	2006/8/11
3	شركة الخدمات المميزة لإدارة النفقات الصحيَّة	محدودة المسؤولية	100 مليون ل. س	2007/1/3
4	شركة الحديثة لإدارة المطالبات الصحيَّة	مساهمة مغفلة	200 مليون ل. س	2007/1/3
5	شركة ميد سير لإدارة النفقات الصحيَّة	محدودة المسؤولية	50 مليون ل. س	2008/10/30
6	شركة كير كارد لإدارة النفقات	محدودة المسؤولية	250 مليون ل. س	2008/6/11
7	شركة الرعاية الصحيَّة لإدارة النفقات الصحيَّة	محدودة المسؤولية	121 مليون ل. س	2013/3/28
8	شركة سيريا كير	**تمَّ إلغاء الترخيص في 2022/3/9**	85 مليون ل. س	2018/1/9

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

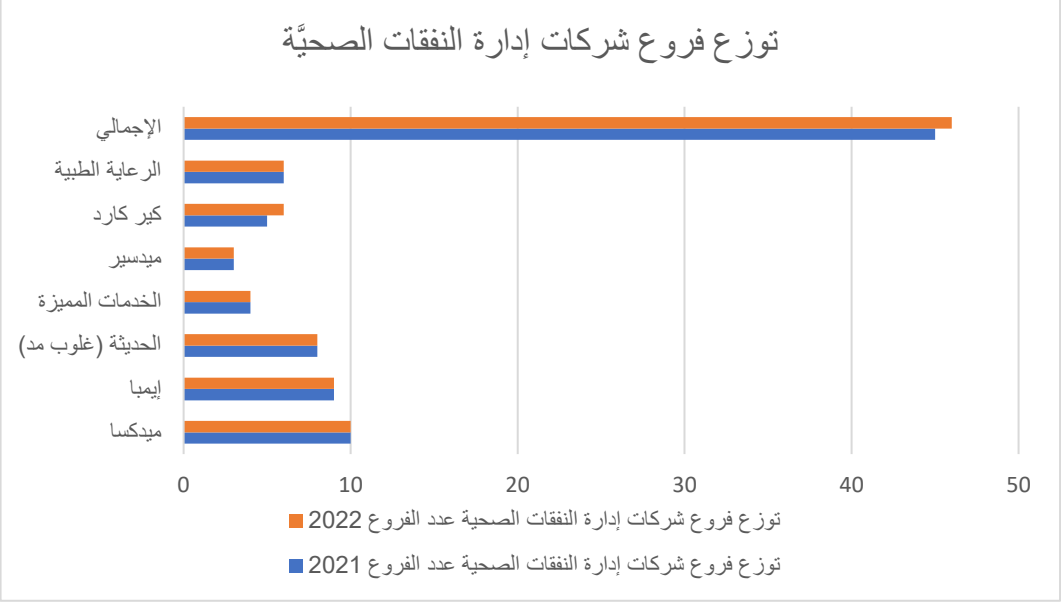
الجدول (3-8): توزع فروع شركات إدارة النفقات الصحيَّة في المحافظات السوريَّة

توزع فروع شركات إدارة نفقات التأمين الصحي في المحافظات السوريَّة		
الشركة	عدد الفروع 2021	عدد الفروع 2022
ميدكسا	10	10
إيمبا	9	9
الحديثة (غلوب مد)	8	8
الخدمات المميزة	4	4
ميدسير	3	3
كير كارد	5	6
الرعاية الصحيَّة	6	6
الإجمالي	45	46

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

من خلال المتابعة يمكننا ملاحظة إقبال شركات إدارة النفقات على إعادة انتشارها في المحافظات وهو مرتبط بحالة الاستقرار التي تشدها صناعة التأمين، علماً أن هذه الشركات مجتمعة تغطي كُلّ المحافظات السوريَّة، أيّ كُلّ محافظة فيها فرع لشركة واحدة على الأقل.

الشكل (3-4): مُقارنة توزع فروع شركات النفقات الصحيَّة خلال عامي 2021-2022



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

من خلال الجدول رقم (3–8) نلاحظ زيادة عدد فروع شركات إدارة نفقات التأمين الصحي في المحافظات السوريَّة خلال العام 2022 مُقارنة بالعام 2021، حيثُ بلغت الزيادة فرعاً واحداً، وقد بلغ عدد العاملين في شركات إدارة نفقات التأمين الصحي 514 عاملاً بين موظفين ومندوبين خلال عام 2022، وموزعين على كامل جغرافية المحافظات السوريَّة.

7.3 الأداء الفني لشركات إدارة النفقات الصحيَّة:

تلعب شركات إدارة النفقات الصحيَّة دوراً صعباً في التوفيق بين أهداف كُلّ أطراف عقود التأمين الصحي لذا تحتاج أصول ومعدات تقنية وتكنولوجية عالية المستوى بالإضافة إلى الكفاءات والخبرات الصحيَّة والإدارية، وفيما يلي نقدم أبرز المعايير الفنية لتقييم أداء شركات إدارة النفقات الصحيَّة في السوق السوريَّة:

1.7.3 أعداد المؤمنين في فرع التأمين صحي:

بلغ إجمالي عدد المؤمنين في التأمين الصحي في سوريَّة (962661) مؤمن عام 2022، يتوزعون على سبع شركات إدارة النفقات الصحيَّة، وقد كان أكبر عدد مؤمنين لدى شركة الحديثة (غلوب مد سابقاً) (266369) وأقل عدد مؤمنين لدى شركة ميدسير (26684) مؤمن، علماً أنه يتوزع هؤلاء المؤمنين عليهم وفق القطاعات الآتية: القطاع الإداري 625277 مؤمن عليه (65%) والقطاع الاقتصادي 88297 مؤمن عليه (9%) وعقود كُلّا القطاعين حصراً عن طريق المؤسسة السوريَّة العامة للتأمين، القطاع الخاص عبر المؤسسة 47294 مؤمن عليه (5 %)، قطاع شركات التأمين الخاصَّة 147083 مؤمن عليه (15%) وأخيراً قطاع صناديق الرعاية 54710 مؤمن له (6%)، وهو يدل على أن شركات إدارة النفقات الصحيَّة تعتمد على المؤسسة في الحصول على 79% من عقود المؤمنين عليهم وعلى نفسها بالحصول 6% من عقود المؤمنين عليهم وفقط 15% من عقود المؤمنين تكون عن طريق شركات التأمين الخاصَّة، مع التأكيد على اختلاف العقود وجودتها من قطاع لآخر وبالآتي اختلاف الأقساط والمطالبات والاحتياطيات والأتعاب وبقية العوامل الأخرى.

الجدولين أدناه يوضحان توزع أعداد المؤمنين حسب القطاعات في السوق السوريَّة، نجد أن عدد المؤمنين عليهم في فرع التأمين الصحي قد نما في عام 2022 بنسبة 4% مُقارنة مع عام 2021، وقد حافظت شركة الحديثة على موقع الصدارة وبمعدل نمو 12% في 2022، بينما حققت شركة كير كارد نمواً سالباً بمقدار 54% في 2022 مُقارنة بعام 2021، وبقيت ميدسير في المركز الأخير من حيثُ عدد المؤمنين عليهم وحققت نمواً سالباً بمقدار 51% في 2022 مُقارنة مع 2021 ويعود تفاوت هذه النسب إلى تفاوت الإمكانيات والكفاءات ضمن هذه الشركات.

الجدول (3–9) توزع المؤمنين على قطاع السوق السوريَّة لعام 2022

القطاعات	شركة التأمين	عدد المؤمنين	نسبة كُلّ قطاع
القطاع الإداري	المؤسسة	625277	%65
القطاع الاقتصادي	المؤسسة	88297	%9
القطاع الخاص عبر المؤسسة	المؤسسة	47294	%5
القطاع الخاص عبر شركات التأمين الخاصَّة	شركات التأمين الخاصَّة	147083	%15
صناديق الرعاية	شركات إدارة النفقات الصحيَّة	54710	%6
الإجمالي		962661	%100

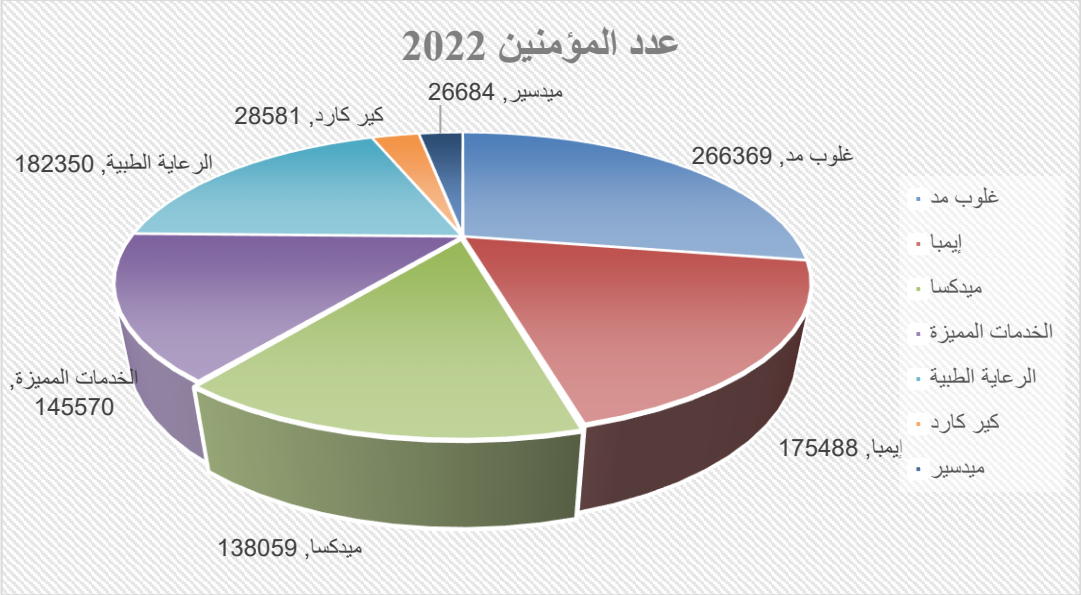
المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

الجدول (3–10): أعداد المؤمنين في شركات إدارة النفقات الصحيَّة لعامي 2021–2022

الشركة	عدد المؤمنين 2021	عدد المؤمنين 2022	معدل النمو	نسبة كُلّ شركة من إجمالي المؤمنين2022
الحديثة	238188	266369	%12	%28
إيمبا	148929	175488	%18	%18
ميدكسا	154966	138059	%11-	%14
الخدمات المميزة	139537	145570	%39	%15
الرعاية الصحيَّة	130886	182350	8%	%19
كير كارد	62570	28581	%54-	%3
ميدسير	53380	26684	%51-	%3
المجموع	928,456	962,661	%4	100%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

الشكل (3-5): حصة كُلّ شركة إدارة النفقات الصحيَّة من إجمالي المؤمنين لعام 2022



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

الجدول (3-11) حصص شركات الإدارة من عدد المؤمنين في شركات التأمين الخاصَّة 2021-2022

الشركات	عدد المؤمنين 2022	النسبة	عدد المؤمنين 2021	النسبة	النمو في 2022
الحديثة	104177	71%	104582	59%	**-0.4%**
الرعاية	0	0%	0	0%	**0.0%**
ايمبا	16264	11%	33147	19%	**-50.9%**
الخدمات المتميزة	26548	18%	26231	15%	**1%**
ميدكسا	17	0.01%	11831	7%	**-100%**
كير كارد	62	0.04%	250	0.14%	**-75%**
ميد سير	15	0.01%	18	0.01%	**-17%**
الإجمالي	147083	100%	176059	100%	**-16%**

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن عدد المؤمنين عليهم من خلال شركات التأمين الخاصَّة قد حقق نمواً سلبياً بنسبة 16% في عام 2022 مُقارنة بالعام 2021.

2.7.3 أعداد المستفيدين في فرع التأمين الصحي:

المستفيد من خدمات التأمين الصحي هو الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي تؤول إليه المنفعة المُحددة في وثيقة التأمين عند حدوث الضرر أو الخسارة وقد يكون المستفيد مُحدداً بالاسم، أوقد يكون غير مُحدد بالاسم، أيّ أن كُلّ مستفيد هو مؤمن عليه حكماً، لكن ليس كُلّ المؤمن عليهم من الضرورة أن يستفيدوا من خدمات التأمين الصحي، ومن خلال الجدول أدناه نلاحظ أن نسبة المستفيدين إلى أجمالي المؤمن عليهم في عام 2022 كانت 55% بمعدل نمو سلبي بمقدار 7% مُقارنة بعام 2022.

الجدول (3-12) عدد المستفيدين من خدمات التأمين الصحي لعامي 2021-2022

الشركات	عدد المستفيدين 2021	نسبة المستفيدين إلى المؤمنين عليهم 2021	عدد المستفيدين 2022	نسبة المستفيدين إلى المؤمنين عليهم 2021	معّدل النمو
الحديثة	196157	82%	144155	54%	**-27%**
الخدمات المميزة	95050	68%	101536	70%	**7%**
الرعاية الصحيَّة	60754	46%	89555	49%	**47%**
ميدكسا	93447	60%	85024	62%	**-9%**
ايمبا	58745	39%	76432	44%	**30%**
كير كارد	43551	70%	21669	76%	**-50%**
ميد سير	24908	40%	12968	49%	**-48%**
الإجمالي	572612	62%	531339	55%	**-7%**

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

3.7.3 إجمالي عدد المطالبات للمؤمنين:

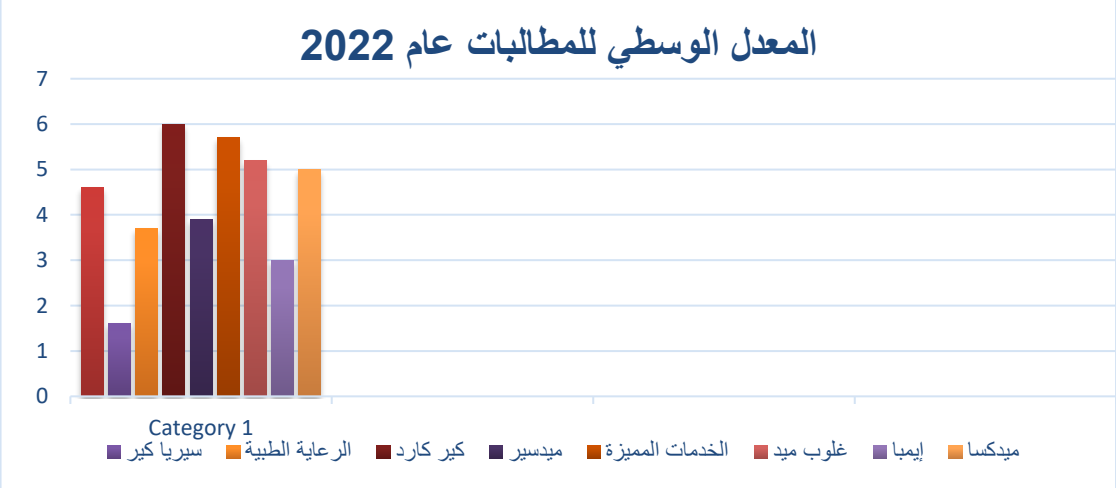
بلغ إجمالي عدد المطالبات (4,035,276) مطالبة، بمعدل وسطي (4.6) مطالبات لكُلّ مؤمن عام 2022، ويبين الجدول أدناه حصص شركات إدارة النفقات الصحيَّة من عدد المطالبات خلال عامي 2021-2022 وبمعّدل نمو 10% حيثُ تصدرت شركة الحديثة عدد المطالبات المستلمة وبنسبة 29% 2022 بينما حلت شركة ميد سير المرتبة الأخيرة وبنسبة 3% من إجمالي عدد المطالبات في 2022.

الجدول (3-13): عدد المطالبات لعامي 2021-2022

الشركات	عدد المطالبات 2021	نسبة الشركة 2021	عدد المطالبات 2022	نسبة الشركة 2022	معدّل النمو
الحديثة	476534	25%	610035	29%	**28%**
الخدمات المميزة	375781	20%	418365	20%	**11%**
الرعاية الصحيَّة	213109	11%	343196	16%	**61%**
ميدكسا	369524	19%	312841	15%	**-15%**
ايمبا	211813	11%	291663	14%	**38%**
كير كارد	180011	9%	79726	4%	**-56%**
ميد سير	82947	4%	54169	3%	**-35%**
الإجمالي	1909719	100%	2109995	100%	**10%**

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

الشكل (3-6): المعدل الوسطي للمطالبات عام 2022



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

جدير بالذكر بلغ إجمالي مبالغ المطالبات خلال 2022 حوالي 79.2 مليار ل.س، منها 16.7 مليار ل.س لدى شركات التأمين الخاصَّة بمعدل تكلفة وسطي 18,625 ل.س للمطالبة الواحدة، إمَّافي 2021 فقد كانت مبالغ المطالبات حوالي 30.6 مليار ل.س، منها 10.6 مليار ل.س لدى شركات التأمين الخاصَّة بمعدل تكلفة وسطي 8,208 ل.س للمطالبة الواحدة.

8.3 الأداء المالي لشركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة:

الأداء المالي لشركات إدارة النفقات الصحيَّة في سوريَّة يعتمد على عدة عوامل مثل الوضع الاقتصادي العام، والتغيرات في السياسة الصحيَّة، وتطورات القطاع الصحي. وهنا نذكر النقاط التي يمكن أن تؤثر على الأداء المالي لهذه الشركات:

1- الوضع الاقتصادي العام: التأثير الكبير للأزمات الاقتصادية على الإنفاق الصحي العام وقدرة شركات التأمين على تحصيل أقساط التأمين، وبالآتي الدفع لشركات الإدارة.
2- السياسات الصحيَّة: التغييرات في السياسات الصحيَّة الحكومية والتشريعات يمكن أن تؤثر على أعمال شركات إدارة النفقات الصحيَّة.
3- التطورات التكنولوجية: التحول نحو الحلول الرقمية والخدمات الصحيَّة عبر الإنترنت قد يسهم في تحسين كفاءة العمليات وتقليل التكاليف.
4- التحديات اللوجستية: توفر الأدوية والخدمات الصحيَّة، والقدرة على تأمين الموارد اللازمة في الوقت المناسب يمكن أن يُؤثّرُ على الأداء المالي.

للتَحلُّيل الدقيق للأداء المالي لشركات إدارة النفقات الصحيَّة، لا بدّ من مراجعة التقارير المالية الدورية المنشورة لهذه الشركات، بالإضافة إلى البيانات التي تنشرها هيئة الإشراف على التأمين.

1.8.3 إجمالي الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

هي الموارد الاقتصادية التي تملكها شركة ما وهي إمَّاملكية ملموسة أو غير ملموسة ملائمة لسداد الديون يمكن اعتبارها أحد الأصول. والأصول بعبارة بسيطة، هي الأشياء ذات القيمة التي يمكنه تحويلها بسهولة إلى نقد (مع أن النقد في حد ذاته يعدّ أيضا أحد الأصول). وتشمل الموجودات المتداولة مثل النقدية والأرصدة في البنوك والذمم والأرصدة المدينة والموجودات غير المتداولة كالوديعة لدى هيئة الإشراف على التأمين، بالإضافة إلى الأصول الثابتة كالمباني والعقارات والسيارات والأثاث والمعدات المكتبية والتكنولوجية الضرورية لتنظيم العمل.

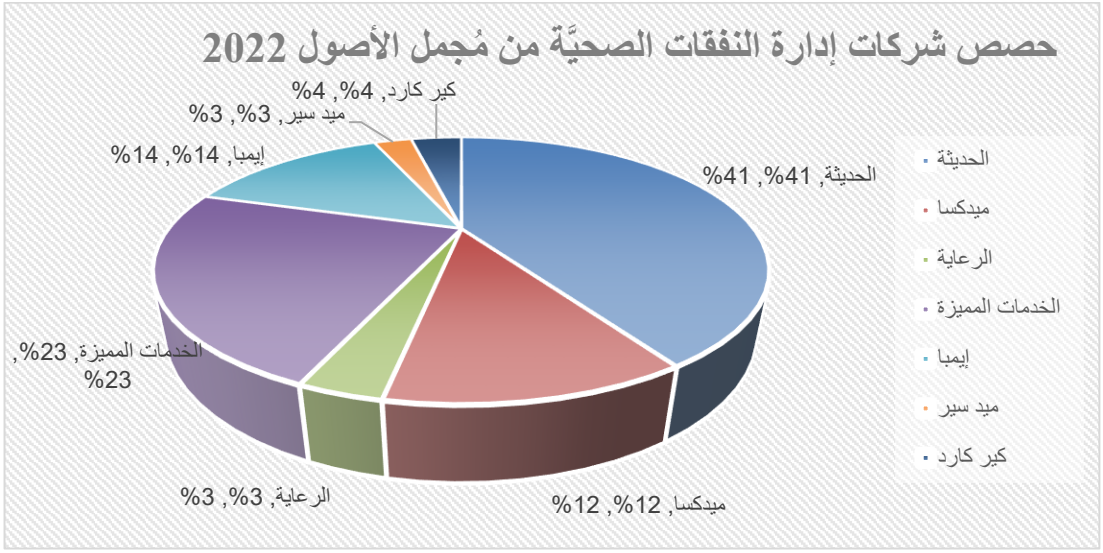
الجدول (3-14) إجمالي الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة لعامي 2021-2022

الشركات	إجمالي الأصول 2021	إجمالي الأصول 2022	معدّل النمو
الحديثة	3,155,504,367	5,326,738,893	69%
ميدكسا	1,173,571,891	1,572,586,334	34%
الرعاية	444,936,821	445,030,258	0%
الخدمات المميزة	2,464,181,491	3,031,394,838	23%
إيمبا	707,247,631	1,828,957,307	159%
ميد سير	276,134,473	345,517,141	25%
كير كارد	456,423,553	469,203,412	3%
الإجمالي	8,678,000,227	13,019,428,184	50%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

من الجدول أعلاه نجد أن إجمالي الأصول في مُجمل شركات إدارة النفقات الصحيَّة بلغ أكثر من 13 مليار ل.س وبمعّدل نمو 50% مُقارنة مع 2021، وحلّت شركة الحديثة بمركز الصدارة بحوالي 5.3 مليار ل.س كإجمالي أصول في 2022، بينما حلت شركة كير كارد في المرتبة الأخيرة بحوالي 470 مليون ل.س في 2022.

الشكل (3-7) حصص شركات إدارة النفقات الصحيَّة من الأصول لعام 2022



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

2.8.3 إجمالي حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

تشمل رأس المال والاحتياطيات والأرباح أو الخسائر من الفترات السابقة بالإضافة إلى الربح أو الخسارة المتحققة في الفترة المدروسة.

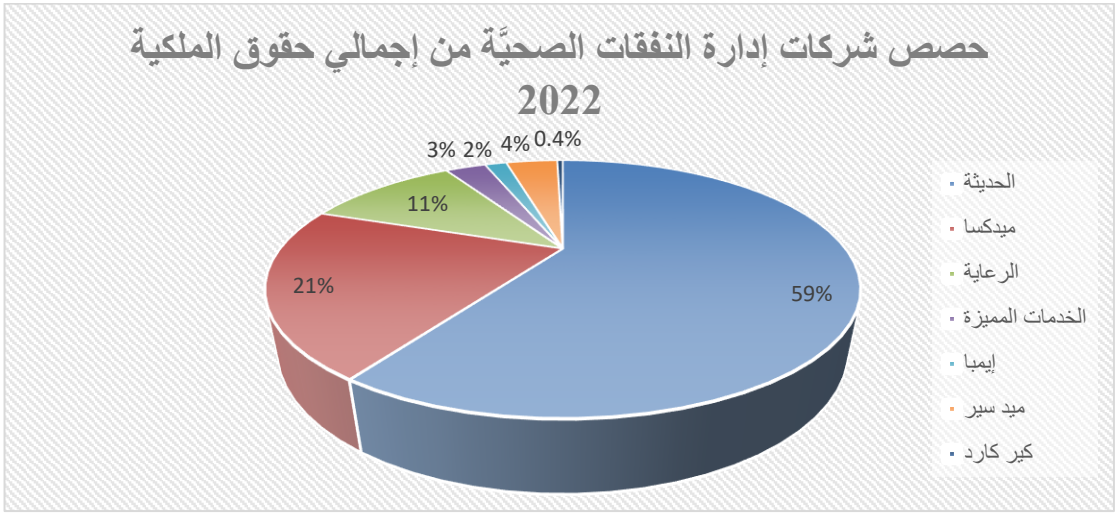
الجدول (3-15) إجمالي حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة لعامي 2021-2022

الشركات	إجمالي حقوق الملكية 2021	إجمالي حقوق الملكية 2022	معدّل النمو
الحديثة	747,692,026	1,020,404,433	36%
ميدكسا	269,534,934	361,176,811	34%
الرعاية	186,579,310	186,618,492	0%
الخدمات المميزة	103,187,912	50,901,065	-51%
إيمبا	33,684,944	27,237,314	-19%
ميد سير	30,774,784	64,959,638	111%
كير كارد	6,972,394	7,167,621	3%
الإجمالي	1,378,426,304	1,718,465,374	25%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

من الجدول أعلاه نجد أن مُجمل حقوق الملكية لشركات إدارة النفقات الصحيَّة بلغ أكثر من 1.7 مليار ل.س وبمعدل نمو 25% مُقارنة مع 2021.

الشكل (3-8) حصص شركات إدارة النفقات الصحيَّة من إجمالي حقوق الملكية لعام 2022



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

3.8.3 إجمالي صافي الدخل في شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

يمثلُ صافي الربح الخاضع لضريبة الدخل، وهو الربح الذي يتمَّ احتسابه بعد خصم جميع التكاليف والمصاريف المسموح بها قانونياً من الإيرادات الإجمالية للشركة. يشمل هذا الربح الصافي جميع الإيرادات الناتجة عن الأنشطة التجارية، مخصوماً منها التكاليف التشغيلية، مثل رواتب الموظفين، وتكاليف المواد والمعدات، والإيجارات، والتسويق، وأيّ مصاريف أخرى مرتبطة بطبيعة الأعمال، ثم يتمَّ تطبيق المعدلات الضريبية المُحددة من قبل الحكومة على هذا الربح الصافي لتحديد مقدار الضريبة المستحقة على الشركة[63].

الجدول (3-16) إجمالي الدخل الصافي في شركات إدارة النفقات الصحيَّة لعام 2021-2022

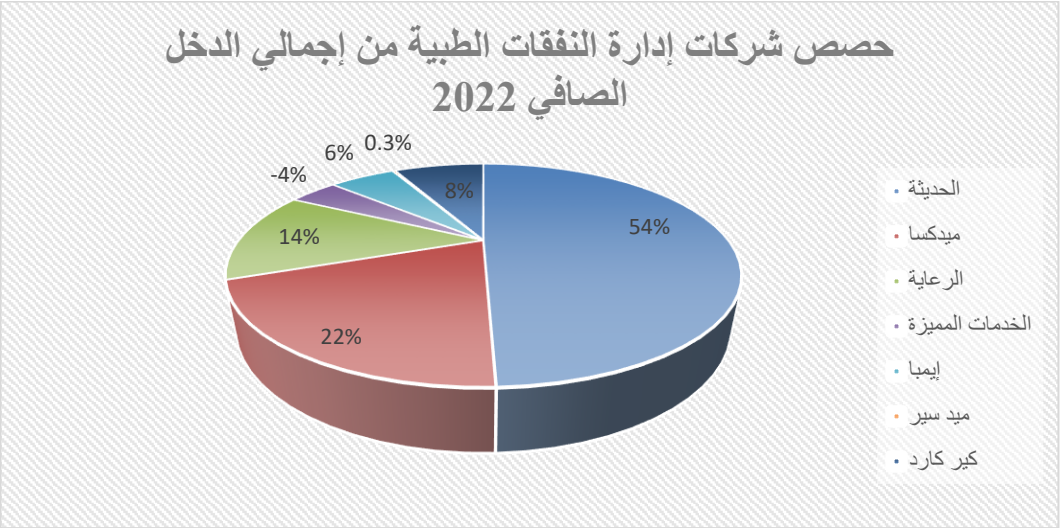
الشركات	صافي الدخل 2021	صافي الدخل 2022	معّدل النمو
الحديثة	139,807,463	272,712,407	95%
ميدكسا	81,901,605	109,748,151	34%
الرعاية	73,494,975	73,510,409	0%
الخدمات المميزة	-47,307,784	-22,180,519	53%
إيمبا	-118,423,211	30,263,683	126%
ميد سير	-237,178	1,305,734	651%
كير كارد	40,890,055	42,034,977	3%
الإجمالي	170,125,925	507,394,842	198%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

من الجدول أعلاه نجد أن مُجمل شركات إدارة النفقات الصحيَّة حققت صافي أرباح بعد اقتطاع ضريبة الدخل بمقدار 507 مليون ل.س في 2022 وبمعدل نمو 198% عن 2021، وكانت الحصة الأكبر من نصيب شركة الحديثة بنسبة 54% من مُجمل الدخل، فيما حلت شركة الخدمات المميزة في المرتبة الأخيرة بتحققيها خسائر بمقدار 22 مليون ل.س رغم تحقيقها نمواً في الأرباح بنسبة 53% مُقارنة بعام 2021.

[63] المجمع العربي للمحاسبين القانونيين، المحاسبة الإدارية والمالية، الأردن، عمان، 2015

الشكل (3–9) حصص شركات إدارة النفقات الصحيَّة من إجمالي صافي الدخل لعام 2022



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

4.8.3 معدل العائد على الأصول (ROA) في شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

هو نسبة مالية تُستخدم لقياس كفاءة الشركة في استخدام أصولها إلى تحقيق الأرباح، وفيما يخص شركات إدارة النفقات الصحيَّة، أن ارتفاع معدل العائد على الأصول يمكن أن يكون مؤشرًا مهمًا لكفاءة الشركة في تحقيق الأرباح من خلال استخدام مواردها وأصولها.

العوامل التي قد تؤثر على ROA في شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

1- الكفاءة التشغيلية: تحسين العمليات وخفض التكاليف يمكن أن يزيد من صافي الربح وبالآتي يرفع معدل ROA.
2- إدارة الأصول: الاستخدام الفعال للأصول، مثل التكنولوجيا والمعدات الصحيَّة، يمكن أن يؤدي إلى تحسين العائد.
3- الابتكار والتكنولوجيا: الاستثمار في التكنولوجيا الجديدة يمكن أن يساعد في تقديم خدمات أكثر كفاءة وفعالية، مما يزيد من العائد على الأصول.
4- نمو الإيرادات: زيادة الإيرادات من خلال رفع جودة الخدمات وحسن التعامل مما يؤدي إلى توسيع قاعدة العملاء أو تقديم خدمات جديدة يمكن أن يحسن من معدل العائد على الأصول.

ويمكن تحسين العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة من خلال:

1- تحسين الكفاءة التشغيلية: من خلال استخدام تقنيات إدارة الموارد وتحسين العمليات الداخلية.

2- الاستثمار في التكنولوجيا: استخدام الأنظمة الآلية والذكاء الاصطناعي لتحسين تقديم الخدمات وتقليل التكاليف.

3- تطوير الخدمات: توسيع نطاق الخدمات المقدمة لزيادة الإيرادات من العملاء الحاليين والجدد.

4- إدارة الأصول بفعالية: التأكد من أن الأصول تُستخدم بكفاءة وأنها لا تعاني من التآكُلّ أو التقادم السريع.

بتطبيق هذه الاستراتيجيات، يمكن لشركات إدارة النفقات الصحيَّة زيادة معدل العائد على الأصول، مما يعكس أداءً ماليًا قويًا وكفاءة تشغيلية عالية.

الجدول (3-17) معدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة لعامي 2021-2022

الشركات	العائد على الأصول 2021	العائد على الأصول 2022	معدل النمو
الحديثة	0.044	0.051	16%
ميدكسا	0.070	0.070	0%
الرعاية	0.165	0.165	0%
الخدمات المميزة	-0.019	-0.007	62%
إيمبا	-0.167	0.017	110%
ميدسير	-0.001	0.004	540%
كير كارد	0.090	0.090	0%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

من الجدول أعلاه نجد أن كُلّ وحدة نقدية مستثمرة في الأصول في مُجمل شركات إدارة النفقات الصحيَّة تساهم بتحقيق 3.9% من وحدة نقدية في الأرباح في 2022 وبمعدل نمو 99% مُقارنة بعام 2021.

5.8.3 معدل العائد على حقوق الملكية (ROE) في شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

هو نسبة مالية مهمة تُستخدم لتقييم كفاءة استخدام الشركة لحقوق المساهمين إلى تحقيق الأرباح. بالنسبة لشركات إدارة النفقات الصحيَّة، يُعد هذا المعدل مؤشراً على مدى نجاح الشركة في تحقيق عائدات من الأموال المستثمرة من قبل المساهمين.

إن معدل العائد على حقوق الملكية يمكن أن يتفاوت بشكل كبير بين شركات إدارة النفقات الصحيَّة بناءً على عدة عوامل مثل حجم الشركة، كفاءة الإدارة، التكلفة التشغيلية، والسياسات التنظيمية. بشكل عام، كُلّما ارتفع معدل العائد على حقوق الملكية، كان ذلك دليلاً على كفاءة الشركة في استخدام أموال المساهمين إلى تحقيق أرباح.

الجدول (3-18) معدل العائد على حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة 2021 -2022

الشركات	العائد على حقوق الملكية 2021	العائد على حقوق الملكية 2022	معدل النمو
الحديثة	0.187	0.267	43%
ميدكسا	0.304	0.304	0%
الرعاية	0.394	0.394	0%
الخدمات المميزة	-0.458	-0.436	-5%
إيمبا	-3.516	1.111	-132%
ميدسير	-0.008	0.020	-361%
كيركارد	5.865	5.865	0%
الإجمالي	0.123	0.295	139%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

المبحث الثالث: العلاقة بين شركات إدارة نفقات التأمين الصحي وبين شركات التأمين:

هنالك علاقة وثيقة بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة، وذلك بسبب عمل شركات الإدارة كوسيط بين شركات التأمين وبين مزودي الخدمات الصحيَّة، فكما بينا سابقاً فإن أهم عناصر العملية التأمينية هم:

أ. شركات التأمين.

ب. شركات إدارة النفقات الصحيَّة.

ت. مُقدّمي الخدمة الصحيَّة.

ث. المؤمن لهم.

إن شركة التأمين هي المسؤول الاول والأخير عن نجاح أو فشل التأمين الصحي أمام هيئة الإشراف على التأمين وأمام المؤمن لهم، لأنها تمتلك السلطة الكاملة في تسعير المنتج التأميني وتوزيعه ومتابعة أعمال شركات إدارة النفقات الصحيَّة وأيضاً متابعة عمل مُقدّمي الخدمة الصحيَّة المتعاقد معهم من قبل شركات الإدارة لكنها في الواقع العملي تعتمد عبى شركات إدارة النفقات الصحيَّة بنسبة كبيرة في تسعير المنتح التأميني ومتابعة العقود كونها تمتلك خبرات وكفاءات في مجال الصحة أكثر من شركات التأمين، وبالآتي فإن لشركة التأمين سلطة رقابية غير فعّالة على عمل شركات إدارة النفقات الصحيَّة.

وبالمقابل فإن شركات إدارة النفقات الصحيَّة تتولى التعاقد نيابةً عن شركة التأمين مع شبكة من مُقدّمي الخدمة الصحيَّة مثل (المشافي، المستوصفات، الصيادلة،...)، وتتولى الرقابة على كيفية تقديم مزودي الخدمات الصحيَّة للخدمات الصحيَّة للمؤمن لهم، كما تتولى عمليات الرقابة وتدقيق الفواتير الصحيَّة المقدمة منهم والكشف عن أيّ عمليات غش أو تزوير من الممكن أن يقوم بها مزودي الخدمات الصحيَّة سواءً بطبيعة العلاج أو كميته أو سعره، ومن بعد ذلك تقوم برفع هذه الفواتير لشركات التأمين مقابل حصولها على نسبة من قيمة عقود التأمين الصحي أيّ من نسبة من الأقساط أو تأخذ مبلغ ثابت مقابل كُلّ مؤمن عليه وذلك وفق الاتفاق مع شركات التأمين، ومن ثم بعد تدقيق الفواتير من قبل شركات التأمين يتمَّ دفع قيمتها لشركات إدارة النفقات الصحيَّة والتي بدورها تسلم قيمة الفواتير لمُقدّمي الخدمة الصحيَّة.

وكنتيجة للعملية السابقة فإن شركة إدارة النفقات الصحيَّة تنوب عن شركة التأمين في النقاط الآتية:

- مساعدة شركات التأمين على تسعير المنتج التأميني وإن كان هذا بصفة غير رسمية.
- تسوية المطالبات.

- دفع المطالبات بالنيابة عن شركة التأمين.
- إدارة برامج التأمين الصحيَّة المعتمدة من شركة التأمين.
- إعداد انظمة محوسبة لإدارة التأمين الطبي وضبط النفقات الصحيَّة، وتنفيذها، وتسويقها، وتطويرها.
- إعداد أنظمة محوسبة لإدارة الخدمات التأمينية الصحيَّة وتسويقها وتطويرها.
- عقد الاتفاقيات مع مُقدّمي الخدمات الصحيَّة بالنيابة عن شركة التأمين.

ويشترط في الاتفاقية المبرمة بين شركة إدارة النفقات الصحيَّة وشركة التأمين أن تحدد حقوق الطرفين والتزاماتهما بما في ذلك كحد أدنى ما يلي:

أ. وصف لطبيعة الخدمات المتفق عليها بينهما والتي ستقدمها شركة إدارة النفقات الصحيَّة لشركة التأمين.

ب. بيان لحقوق والتزامات كُلّ من شركة التأمين وشركة إدارة النفقات الصحيَّة في العقود المبرمة بالنيابة عن شركة التأمين مع مُقدّمي الخدمات الصحيَّة.

ت. مدة الاتفاقية بين الطرفين والحالات الموجبة لإنهائها.

ث. كيفية حساب أتعاب شركة إدارة النفقات الصحيَّة.

ج. حق شركة التأمين بالاطلاع على الدفاتر والسجلات الخاصَّة بالأعمال القائمة بين شركة التأمين وشركة إدارة النفقات الصحيَّة.

ح. تحديد مدة تسوية المطالبات ودفعها.

خ. تفويض من شركة التأمين لشركة إدارة النفقات الصحيَّة بعقد الاتفاقيات مع مُقدّمي الخدمات الصحيَّة بالنيابة عن شركة التأمين.

9.3 التعاقد بين شركات إدارة النفقات الصحيَّة وشركات التأمين:

التعاقد بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة (Third Party Administrator) يعدُّ أحد الأسس الهامة لضمان توفير خدمات صحيَّة عالية الجودة للمؤمن عليهم.

هذا التعاقد ينظم العلاقة بين الجهتين ويحدد الأدوار والمسؤوليات الخاصَّة بكُلّ منهما، وهنا نورد بعض النقاط الرئيسية التي تتعلق بهذا التعاقد:

1- التعريف بالدور:

– شركات التأمين: هي الجهات التي تقدم بوليصات التأمين الصحي وتتحمل المخاطر المالية المتعلقة بتكاليف الرعاية الصحيَّة للمؤمن عليهم وتدفع المطالبات.

– شركات إدارة النفقات الصحيَّة (TPA): هي الجهات التي تتولى إدارة وتنسيق تقديم الخدمات الصحيَّة، بما في ذلك الموافقات المسبقة والفواتير الصحيَّة ومعالجة المطالبات.

2– الاتفاقيات التعاقدية:

– تحديد الخدمات: يتضمَّن العقد تفاصيل الخدمات التي ستقدمها TPA، مثل إدارة المطالبات، خدمات العملاء، وإدارة الشبكات الصحيَّة.

– الرسوم والتكاليف: يجب توضيح الرسوم التي ستتقاضاها TPA مقابل خدماتها وكيفية احتسابها.

3– التنسيق والمتابعة:

– إجراءات العمل: تحديد كيفية تقديم المطالبات، وإجراءات الموافقات المسبقة، والتواصل مع مزودي الخدمات الصحيَّة.

– المراقبة والتقييم: تضمَّين آليات لمراقبة جودة الخدمات المقدمة من قبل TPA، وتقييم الأداء بشكل دوري.

4. الامتثال والتنظيم:

– الامتثال القانوني: يجب أن يلتزم الطرفان باللوائح والقوانين المتعلقة بالتأمين الصحي والخدمات الصحيَّة.

– السرية وحماية البيانات: التأكيد على أهمية حماية معلومات المؤمن عليهم الصحيَّة والشخصية وفقاً للمعايير القانونية.

5– حل النزاعات:

– آليات التسوية: تضمَّين بنود تتعلق بكيفية حل النزاعات التي قد تنشأ بين شركات التأمين وTPA، مثل التحكيم أو الوساطة.

هذا التعاقد يساعد في تحسين كفاءة النظام الصحي من خلال توزيع المهام والمسؤوليات بشكل مناسب، مما يساهم في تقديم خدمات صحيَّة متميزة وبأسعار تنافسية.

الجدول (3-19) شركات إدارة النفقات الصحيَّة المتعاقد معها من قبل شركات التأمين الخاصَّة 2022

شركات التأمين	شركات إدارة النفقات الصحيَّة			
المتحدة	الحديثة	الخدمات المميزة	كير كارد	مدسير
السوريَّة العربية	الحديثة			
الوطنية	الحديثة	الخدمات المميزة	كير كارد	ايمبا
آروب	الحديثة	الخدمات المميزة	ميدكسا	
العربية	الحديثة	الخدمات المميزة	ايمبا	
الكويتية	الحديثة	الخدمات المميزة	ايمبا	
المشرق	الحديثة	ميدكسا		
الثقة	الحديثة	الخدمات المميزة	ايمبا	
العقيلة	الحديثة	الخدمات المميزة	ايمبا	
الاتحاد التعاوني	الحديثة	الخدمات المميزة	مد سير	
أدير	الحديثة			
الإسلامية	الحديثة	الخدمات المميزة	كير كارد	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

من الجدول أعلاه نجد أن جميع شركات التأمين الخاصَّة تعاقدت مع شركة الحديثة في 2022، بينما شركة الخدمات المميزة تملك عقود مع تسع شركات تأمين خاصَّة، وشركة كير كارد مع ثلاث شركات، وشركة ميدكسا عقدين مع كُلّ من شركتي آروب والمشرق، بينما شركة ايمبا لها عقود مع خمس شركات وشركة مدسير لها عقدين مع شركة الاتحاد التعاوني وشركة المتحدة.

وفي الجدول أدناه نجد حصة كُلّ شركة تأمين من الأتعاب الإدارية لشركات إدارة النفقات الصحيَّة خلال 2021-2022، ونسبة هذه الأتعاب إلى إجمالي أقساط فرع التأمين الصحي.

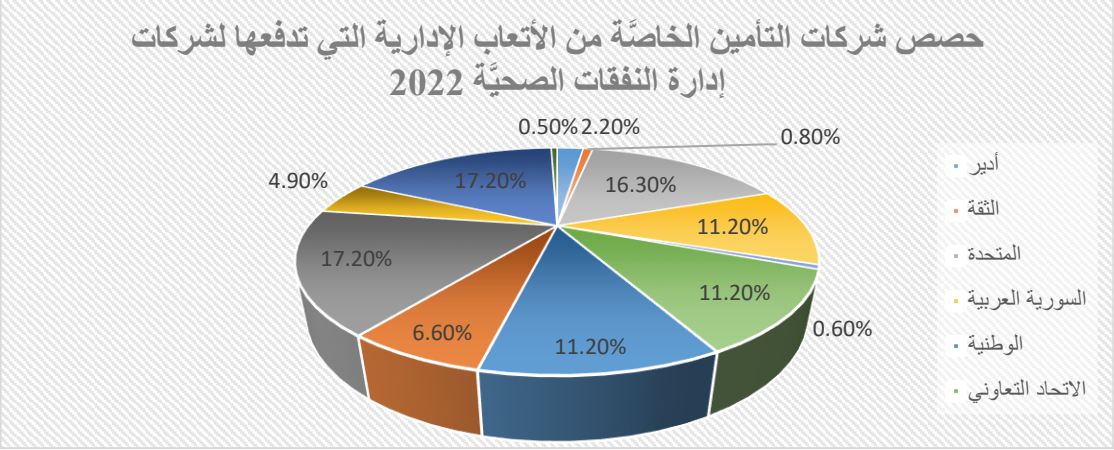
ففي العام 2021 كانت نسبة إجمالي الأتعاب الإدارية لمُجمل شركات النفقات الصحيَّة إلى إجمالي أقساط التأمين الصحي في مُجمل شركات التأمين الخاصَّة 6.2%، بينما صارت ذات النسبة 7% في العام 2022، حيثُ أقساط التأمين الصحي حققت معدل نمو 89%، إمَّاالأتعاب الإدارية لشركات إدارة النفقات الصحيَّة حققت معدل نمو 112%.

الجدول (3-20) نسبة الأتعاب الإدارية لشركات إدارة النفقات الصحيَّة إلى أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة لعامي 2021-2022

الشركة	أقساط التأمين الصحي 2021	الأتعاب الإدارية لشركات إدارة النفقات 2021	نسبة الأتعاب إلى الأقساط 2021	أقساط التأمين الصحي 2022	الأتعاب الإدارية لشركات إدارة النفقات 2022	نسبة الأتعاب إلى الأقساط 2022
أدير	548,158,385	30,840,484	5.6%	863,674,575	45,506,391	5.3%
الثقة	183,811,893	7,807,235	4.2%	240,919,131	17,590,389	7.3%
المتحدة	1,716,744,289	160,321,095	9.3%	5,075,141,606	339,356,580	6.7%
السوريَّة العربية	1,509,847,911	84,079,115	5.6%	1,967,013,086	233,251,978	11.9%
الوطنية	459,290,338	32,943,341	7.2%	246,063,084	12,497,543	5.1%
الاتحاد التعاوني	2,209,176,992	99,045,204	4.5%	5,035,653,367	232,272,168	4.6%
الإسلامية	1,293,990,868	1,468,661	0.1%	3,014,211,408	233,251,978	7.7%
الكويتية	1,887,368,619	99,511,205	5.3%	2,114,450,839	137,783,765	6.5%
العقيلة	1,981,188,212	177,565,003	9.0%	3,320,020,944	357,923,423	10.8%
المشرق	1,136,812,332	77,164,807	6.8%	1,708,849,666	101,096,920	5.9%
آروب	1,724,406,077	120,200,546	7.0%	4,465,744,687	357,072,747	8.0%
العربية	1,166,788,352	90,332,207	7.7%	1,767,214,933	10,159,386	0.6%
المجموع	15,817,584,268	981,278,903	6.2%	29,818,957,326	2,077,763,268	7.0%

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

الشكل (3-10) حصص شركات التأمين من الأتعاب الإدارية التي تدفعها لشركات إدارة النفقات الصحيَّة 2022



المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقرير السنوي لهيئة الإشراف على التأمين

10.3 تضارب المصالح في العلاقة المتداخلة بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة:

تضارب المصالح بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة يمكن أن يكون مشكلة معقدة، وله تأثيرات كبيرة على جودة الرعاية الصحيَّة وكفاءة النظام الصحي. فيما يلي بعض الجوانب الرئيسية لهذا التضارب:

1. **تحديد التكاليف وتخفيض النفقات** :تسعى شركات إدارة النفقات الصحيَّة إلى خفض التكاليف للمرضى ولشركات التأمين، ولكن هذا يمكن أن يؤدي إلى تقديم خدمات أقل أو تأجيل الإجراءات الصحيَّة الضرورية. ويمكن أن تفضل الشركات اتخاذ قرارات تقليصيه لا تصب في مصلحة المريض، مما يُؤثّرُ سلبًا على جودة الرعاية الصحيَّة المقدمة.
2. **تضارب في الأهداف** :هدف شركات التأمين الأساسي هو تحقيق الأرباح وتقليل التكاليف، بينما يجب أن يكون الهدف الرئيسي لشركات إدارة النفقات الصحيَّة هو تحسين المستوى العام للخدمات الصحيَّة. عندما يكون بين الشركتين اتفاقيات تعاونية قوية، يمكن أن يكون هناك تضارب بين الهدفين، مما يُؤثّرُ على قرارات الرعاية الصحيَّة.
3. **الشفافية والمساءلة** :قد تفتقر أنظمة شركات إدارة النفقات الصحيَّة إلى الشفافية في القرارات المتعلقة بتغطية النفقات الصحيَّة، مما يصعب على المرضى فهم الأسباب وراء رفض أو قبول طلباتهم. قد يؤدي هذا إلى عدم الثقة بين المرضى ومُقدّمي الرعاية الصحيَّة وشركات التأمين، لا سيما في ظل غياب دور معيد التأمين، حيثُ كان معيد التأمين سابقاً يشترط على شركات التأمين اختيار شركة إدارة النفقات الصحيَّة وفق مجموعة من المعايير الفنية والمهنية لإدارة سليمة لمحفظة التأمين الصحي.
4. **جودة الرعاية الصحيَّة** :تضارب المصالح يمكن أن يؤدي إلى تقديم خدمات طبية أقل جودة لا سيما أن نسبة شركات إدارة النفقات الصحيَّة غالباً ما تكون ثابتة من الأقساط ولا تتأثر بمسار المطالبات أو حجمها، حيثُ تسعى الشركات إلى تقليل التكاليف بأيّ وسيلة، وهو ما قد يُؤثّرُ على نتائج العلاج وصحة المرضى على المدى الطويل.
5. **الإجراءات الرقابية والقانونية** :يجب أن تكون هناك إجراءات رقابية صارمة لضمان عدم استغلال تضارب المصالح بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة. تتضمَّن هذه الإجراءات قوانين تنظيمية ومعايير جودة تفرض على جميع الأطراف المعنية.

6. **التنافس المحتمل بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة:**

عادة ما تحصل شركة إدارة النفقات الصحيَّة على نسبة من مجموع أقساط التأمين الصحي من شركة التأمين تدفع دفعة واحدة أو على دفعات خلال فترة سريان العقد، وكذلك تقوم شركات الإدارة عادة بالاتفاق مع مزودي الخدمات الصحيَّة من أجل الحصول على نسبة من مجموع الفواتير الصحيَّة المصروفة لهم أيّ أن لشركات إدارة النفقات الصحيَّة مصلحة في ارتفاع حجم المطالبات، لكن ليس هذا كُلّ شيء، بل يمكن لشركات إدارة النفقات الصحيَّة إدارة صناديق الرعاية التي تتبع بعض النقابات أو الصناديق الاستثمارية وغيرها.

لحل هذه المشكلة، لا بد من تطوير البنية القانونية والتنظيمية لتفادي اتباع استراتيجيات مثل تعزيز الشفافية في العمليات والقرارات، وضع معايير صارمة للجودة، وتفعيل دور الجهات الرقابية لمراقبة وتنظيم العلاقة بين شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة.

الفصل الرابع: الدراسة العملية واختبار الفرضيات
1.4 مُتغيرات الدراسة
2.4 فرضيات الدراسة
3.4 مُحدّدات الدراسة
4.4 منهجية الدراسة
5.4 مجتمع وعينة الدراسة
6.4 الإحصاءات الوصفية
7.4 اختبار الفرضيات

1.4 مُتغيرات الدراسة:

تتمثل مُتغيرات الدراسة في:

المُتغيرات المستقلة: نسب النشاط والكفاءة في شركات إدارة النفقات الصحيَّة:

(نسبة العائد على الأصول، نسبة العائد على حقوق الملكية).

المُتغيرات التابعة: نسب الأداء لفرع التأمين الصحي في شركات التأمين السوريَّة:

(حجم أقساط التأمين الصحي، حجم المطالبات في فرع التأمين الصحي، الربح الفني في فرع التأمين الصحي).

2.4 فرضيات الدراسة:

في ضوء مشكلة الدراسة والأهداف التي تسعى الدراسة إلى تحقيقها، يمكن صياغة الفرضيات الآتية:

الفرضية الرئيسية: يُؤثّرُ نشاط شركات إدارة النفقات الصحيَّة في أداء فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين السوريَّة.

من الفرضية الرئيسية تتفرع الفرضيات الفرعية الآتية:

الفرضية الأولى: يُؤثّرُ معدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في حجم أقساط فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

الفرضية الثانية: يُؤثّرُ معدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في حجم مطالبات فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

الفرضية الثالثة: يُؤثّرُ معدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في الربح الفني لفرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

الفرضية الرابعة: يُؤثّرُ معدل العائد على حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في حجم أقساط فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

الفرضية الخامسة: يُؤثّرُ معدل العائد على حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في حجم مطالبات فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

الفرضية السادسة: يُؤثّرُ معدل العائد على حقوق الملكية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بشكل جوهري في الربح الفني لفرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

3.4 مُحدّدات الدراسة:

يساهم وضع الحدود الدراسة في الوصول إلى تشخيص سليم ووصول لنتائج دقيقة، ويمكن تلخيصها وفق الأبعاد الآتية:

– النظرية: تسعى الدراسة إلى دراسة دور شركات إدارة النفقات الصحيَّة في التأمين الصحي وتطوير نظام صحي وطني شامل.

– الزمانية: تقتصر الدراسة على الفترة الممتدة بين العامين 2009– 2022م، حيثُ شرعت معظم شركات إدارة النفقات الصحيَّة بالعمل في سوق التأمين السوريَّة، وحيثُ تتوفر البيانات اللازمة في الفترة المذكورة.

المكانية: تشمل الدراسة عينة من شركات التأمين السوريَّة الخاصَّة وشركات إدارة النفقات الصحيَّة المسجلة أصولاً في الجمهورية العربية السوريَّة.

4.4 منهجية الدراسة:

اعتمد الباحث لإنجاز الدراسة بكُلّ من:

1– المنهج النظري: حيثُ بيان نشأة كُلّ من التأمين الصحي والرعاية الصحيَّة، وتطور دورهما في السوق السوريَّة، بالإضافة إلى مراجعة الأدبيات المتاحة في الدراسات العلمية العربية والأجنبية.

2– المنهج الوصفي التَحلُّيلي: من خلال توصيف عينة البحث وتَحلُّيل العلاقات بين مُتغيرات البحث.

5.4 عينة ومجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة: تضمُّن مجتمع الدراسة شركات التأمين الخاصَّة، البالغ عددها 12 شركة منهما شركتين تأمين تكافلي، إضافة إلى شركات إدارة النفقات الصحيَّة البالغ عددها سبع شركات.

عينة الدراسة: اقتصرت عينة الدراسة على ست من شركات إدارة النفقات الصحيَّة السبعة (تمَّ استثناء شركة مد سير لوجود عدد من القيم المفقودة (معدوم)، بالآتي فقد شملت عينة الدراسة شركات إدارة النفقات الصحيَّة الآتية: (الحديثة "غلوب مد سابقاً"، ميدكسا، الرعاية، الخدمات المميزة، إيمبا، كير كارد)، كذلك تضمُّنت عينة

الدراسة ستة شركات تأمين وهي (المتحدة، السوريَّة العربية، الثقة، سولداريتي، أدير والعقيلة). تمَّ اختيار هذه الشركات بناء على المعايير الآتية:

1- ترتيب هذه الشركات بحسب معايير التصنيف في هيئة الإشراف على التأمين خلال الأعوام الثلاثة الأخيرة، حيثُ تمَّ مراعاة تضمُّين العينة شركات ذات تصنيف عالٍ خلال الفترة التجريبية، وشركات ذات تصنيف متأخر وشركات متوسطة الأداء.
2- الشكل القانوني للشركات بحيثُ تمَّ تضمُّين العينة شركات مساهمة خاصَّة وشركات مساهمة عامة.
3- تمَّ تضمُّين شركة العقيلة كإحدى شركتي التأمين التكافلي.

6.4 الإحصاءات الوصفية:

اعتمدت الدراسة على نماذج ARDL (auto regressive distributed lag) كأحد نماذج تَحلُّيل انحدار السلاسل الزمنية للمُتغيرات وتبعا للفرضيات التي تخدم أهداف الدراسة، من خلال ست فرضيات تختبر كُلّ منها علاقة مؤشرات النشاط والربحية في شركات إدارة النفقات الصحيَّة (معدل العائد على الأصول (ROA) ومعدل العائد على حقوق الملكية (ROE) كمُتغيرات مستقلة في أحد مؤشرات أداء فرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة (حجم الأقساط، حجم المطالبات وحجم الربح الفني).

حيثُ تمَّ الاعتماد على قيم المتوسط الحسابي لمُتغيرات الدراسة للشركات في العينة التي اقتصرت على ست شركات TPA وهي (الحديثة "غلوب مد سابقاً"، ميدكسا، الرعاية، الخدمات المميزة، إيمبا، كير كارد) نظراً لوجود عدد كبير من القيم المفقودة (القيم صفر) في متوسطات شركتي (مد سير وسيريا كارد) إضافة إلى متوسط المؤشرات المعتمدة لست شركات تأمين (المتحدة، السوريَّة العربية، الثقة، سولداريتي، أدير والعقيلة).

قبل البدء بتَحلُّيل واختبار فرضيات الدراسة قام الباحث بتَحلُّيل مُتغيرات الدراسة وصفياً من خلال بعض الإحصاءات الوصفية لرسم صورة عامة عن هذه المُتغيرات، والجدول الآتي يوضح هذه الإحصاءات:

الجدول رقم (4-1): الإحصاءات الوصفية

T_PRO	ROE	ROA	PREM	CLAI	
14241049	0.220575	0.010549	4.49E+08	2.79E+08	Mean
-2044998.	0.133462	0.014208	1.34E+08	1.04E+08	Median
1.17E+08	1.188523	0.098272	2.48E+09	1.40E+09	Maximum
-71826101	-0.374237	-0.107450	47181322	25868318	Minimum
55499770	0.425451	0.051676	6.91E+08	3.99E+08	Std. Dev.
0.801146	1.095291	-0.602750	2.114150	1.964148	Skewness
2.727983	3.584902	3.263245	6.519795	5.702771	Kurtosis
1.540777	2.998777	0.888141	17.65603	13.26295	Jarque-Bera
0.462833	0.223267	0.641420	0.000147	0.001318	Probability
14	14	14	14	14	Observations

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews.

حيثُ تشير CLAI إلى مطالبات التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة، PREM تشير إلى أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة وT-PRO إلى الأرباح الفنية، ROA تشير لمعدل العائد على الأصول في شركات TPA، وROE تشير لمعدل العائد على الملكية في شركات TPA.

يظهر الجدول السابق قيم المتوسط الحسابي لكُلّ متغير من مُتغيرات الدراسة إضافة إلى قيم اختبار Jarque-Bera للتوزع الطبيعي لمجتمع البيانات مع قيمة الاحتمالية المقابلة (قيمة مستويات الدلالة الفعلية)، وبمُقارنة هذه القيم (Prob) مع مستوى الدلالة النظري المعتمد (0.05) يلاحظ رفض فرضية العدم التي تقول باعتدالية التوزيع لكُلّ من متغيري المطالبات والأقساط (حيثُ كانت قيمة مستوى الاحتمالية أقل من مستوى الدلالة 0.05) في حين أظهرت بقية المُتغيرات التوزع الطبيعي (Prob أكبر من 0.05). نتيجة لعدم اعتدالية التوزع الاحتمالي لكُلّ من متغيري المطالبات والأقساط، فقد قام الباحث بإجراء التحويل اللوغاريتمي الطبيعي لهذين المتغيرين، وإعادة اختبار التوزع الطبيعي للمتغيرين الناتجين فتبين أن التحويل اللوغاريتمي قد حقق التوزع الطبيعي، والجدول الآتي يظهر النتائج:

الجدول (4-2) نتائج اختبار التوزع الطبيعي لمتغيري الأقساط والمطالبات بعد التحويل اللوغاريتمي لكُلّ منهما

LN_PREM	LN_CLAI	
1.494639	1.052979	Jarque-Bera
0.473634	0.590675	Probability
14	14	Observations

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

7.4 اختبار الفرضيات

قبل اختبار فرضيات الدراسة قام الباحث باختبار استقرارية السلاسل الزمنية لكُلّ من مُتغيرات الدراسة (بعد إجراء التحويل اللوغاريتمي الطبيعي على كُلّ من متغيري المطالبات والأقساط)، من خلال اختبار ديكي فولر الموسع، والجدول الآتي يظهر بأن هناك متغير واحد فقط مستقر دون أخذ أيّ فرق (عند المستوى)، وهو معدل العائد على الأصول (ROA)، إذ تمَّ رفض فرضية العدم التي تقول بوجود جذر للوحدة في السلسلة بالآتي فهي مستقرة (مستوى المعنوية =0.0007)، إمَّا(معدل العائد على الملكية ROE) فلم تكن سلسلته مستقرة عند المستوى (Prob=0.181) واستقر عند أخذ الفرق الأول (Prob =0.004)، وإمَّافيما يتعلق بكُلّ من المُتغيرات التابعة (المطالبات والربح الفني والأقساط)، فقد استقرت كُلّ منها عند الفرق الثاني.

الجدول (4-3) نتائج اختبار جذر الوحدة واستقرارية السلاسل الزمنية مع القاطع فقط.

المتغير	درجة الفروق	قيمة اختبار AFD	مستوى المعنوية	جذر الوحدة	حالة السلسلة
ln (clai)	عند المستوى	2.58	0.999	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الأول	-2.22	0.21	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الثاني	-4.36	0.009	لا يوجد	مستقرة
ln (prem)	عند المستوى	2.96	0.999	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الأول	-0.7479	0.794	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الثاني	-6.199	0.0006	لا يوجد	مستقرة
t_prof	عند المستوى	-0.675	0.812	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الأول	-0.065	0.93	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الثاني	-6.073	0.0009	لا يوجد	مستقرة
ROA	عند المستوى	-6.033	0.0007	لا يوجد	مستقرة
ROE	عند المستوى	-2.317	0.181	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الأول	-4.818	0.004	لا يوجد	مستقرة

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام Eviews10

فيما يلي تظهر نتائج تَحلُّيل التكامل المشترك عند أخذ الاتجاه العام والقاطع:

الجدول (4-4) نتائج اختبار جذر الوحدة واستقرارية السلاسل الزمنية مع القاطع والاتجاه.

المتغير	درجة الفروق	قيمة اختبار AFD	مستوى المعنوية	جذر الوحدة	حالة السلسلة
ln (clai)	عند المستوى	-1.57	0.749	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الأول	-4.338	0.0289	لا يوجد	مستقرة
ln (prem)	عند المستوى	-0.29	0.98	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الأول	-4332	0.026	لا يوجد	مستقرة
t_prof	عند المستوى	-1.27	0.85	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الأول	-1.047	0.88	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الثاني	-6.66	0.002	لا يوجد	مستقرة
ROA	عند المستوى	-5.95	0.004	لا يوجد	مستقرة
ROE	عند المستوى	-3.37	0.1	يوجد	غير مستقرة
	الفرق الأول	-4.63	0.023	لا يوجد	مستقرة

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام Eviews 10

يظهر الجدول السابق نتائج تَحلُّيل الاستقرار بوجود القاطع والاتجاه (معاملات الانحدار)، ومن خلال قيم المعنوية (Prob) المقابلة لكُلّ متغير يلاحظ استقرار سلسلة معدل العائد على الأصول عند المستوى (Prob=0.004) أيضا (دون أخذ أيّ فروق) واستقرت سلسلة كُلّ من المطالبات، الأقساط ومعدل العائد على الملكية عند الفرق الأول، إمَّاسلسلة الربح الفني فلم تستقر إلا عند أخذ الفروق من الدرجة الثانية.

من خلال ما سبق يمكننا أخذ النتائج الآتية:

النتيجة الأولى:

اختلاف درجات الاستقرار بين السلاسل الزمنية لمُتغيرات الدراسة فقد اعتمد الباحث على نماذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع (ARDL model)، بهدف اختبار فرضيات الدراسة:

1.7.4 الفرضية الأولى:

لا يُؤثّرُ معدل العائد على الأصول في شركات TPA (ROA) بشكل معنوي في حجم الأقساط في شركات التأمين (Prem).

أظهرت نتائج اختبار التكامل المشترك بأن المتغيرين لم يتكاملا حتى عند أخذ الفروق الثانية للأقساط، بالآتي فقد قام الباحث بتوليد نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع (ARDL model)، والذي تظهر نتائجه في الجدول الآتي:

الجدول (4-5) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية الأولى

Prob.*	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0000	22.26889	0.051450	1.145741	LN_PREM (-1)
0.8626	-0.177603	1.395960	-0.247927	ROA
0.0309	-2.510074	0.972713	-2.441582	C

19.18343	Mean dependent var	0.980235	R-squared
1.272683	S.D. dependent var	0.976282	Adjusted R-squared
-0.222236	Akaike info criterion	0.195999	S.E. of regression
-0.091863	Schwarz criterion	0.384158	Sum squared resid
-0.249033	Hannan-Quinn criter.	4.444531	Log likelihood
2.463787	Durbin-Watson stat	247.9775	F-statistic
		0.000000	Prob(F-statistic)

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام Eviews 10

يظهر الجدول السابق بأن معدل العائد على الأصول في شركات TPA، لم يكن له أيّ أثر معنوي ودال إحصائياً في أقساط شركات التأمين، حيثُ كانت قيمة مستويات الدلالة (Prob = 0.863) المقابلة لاختبار "T student" لمعامل انحدار ROA أكبر من مستوى الدلالة النظرية (0.05)، إمَّاالدلالة المعنوية فقد كانت لقيمة الأقساط الذاتية عند فجوة واحدة (أيّ أن الأقساط في شركات التأمين تتأثر بقيمها التاريخية للعام السابق)، حيثُ ومن خلال معامل الانحدار يلاحظ أن تغيراً في أقساط التأمين في الزمن t-1 بمقدار نقطة مئوية واحدة ستسبب تغيراً في نفس الاتجاه فالأقساط في الزمن t بمقدار 1.1457 %، والعلاقة الآتية تعبر عن ذلك:

LN_PREM = 1.14574093166*LN_PREM (-1)

وبحسب قيمة معامل التحديد المعدل، فإن نموذج ARDL يمكن من تفسير 97.6% من التغير في حجم الأقساط في الزمن t من خلال التغير في الأقساط في العام السابق.

كما أن اختبار F- Fisher لجودة مطابقة النموذج قد أظهر قيمة (247.98) مع مستوى احتمالية معدوم (0.0000) مما يعني أن النموذج يعدُّ مقبولا نظرا لانخفاض قيمة Prob المقابلة لاختبار Fisher.

اختبار النموذج:

يتمَّ اختبار مدى تحقيق كُلّ نموذج لفروض الخطأ العشوائي من خلال (اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء، اختبار تجانس التباين واختبار التوزع الطبيعي لهذه الأخطاء.

- **اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء:**

فيما يلي جدولا يبين اختبار Breusch- Godfry للارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية، والذي يظهر بأن النموذج لا يعاني من هذه المشكلة بحسب قيم مستويات الدلالة المحسوبة (المعنوية – Prob value) المقابل لاختبار F- Fisher، فقد كانت أعلى من مستوى الدلالة النظري 005، حيثُ بلغت (0.78) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول بعدم وجود الارتباط الذاتي بين الأخطاء العشوائية.

الجدول (4-6) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الأولى

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

0.7800	Prob. F (2,8)	0.256304	F-statistic
0.6761	Prob. Chi-Square (2)	0.782827	Obs*R-squared

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية:

فيما يلي جدول بنتائج اختبار Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey لتجانس تباين الأخطاء العشوائية، والذي يظهر أيضا قيما مرتفعة لقيم Prob لاحتمالية (أعلى من 0.05)، (Prob) بالآتي القبول بفرضية العدم التي تقول بأن الأخطاء العشوائية لا تظهر مشكلة عدم التجانس في التباين.

الجدول (4-7) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الأولى

Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey

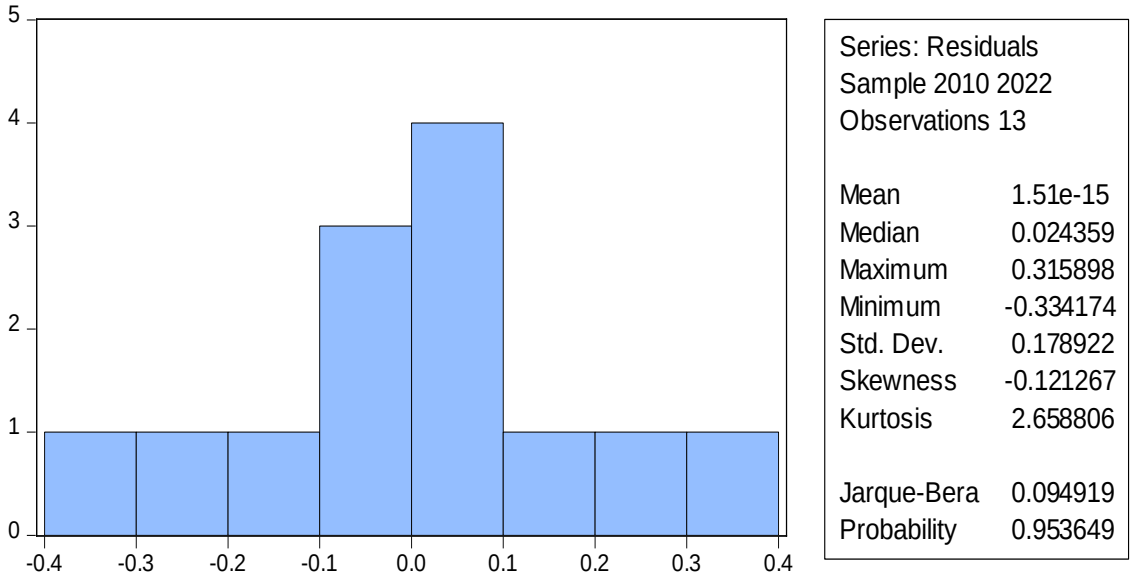
0.5451	Prob. F (2,10)	0.645233	F-statistic
0.4757	Prob. Chi-Square (2)	1.485860	Obs*R-squared
0.6945	Prob. Chi-Square (2)	0.729217	Scaled explained SS

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- **اختبار التوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية**

فيما يلي نتائج اختبار Jarque- Bera للتوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية مع قيمة مستوى الدلالة المحسوب المقابلة له، وتبلغ قيمة الاختبار (0.095) مع درجة احتمالية مقابلة تبلغ (0.95) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول باعتدالية التوزيع للأخطاء العشوائية الناتجة عن النموذج، أيّ أن الأخطاء العشوائية تتبع التوزع الطبيعي عند متوسط يقترب من الصفر.

الشكل (4-1) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية الأولى.



المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

2.7.4 الفرضية الثانية:

لا يُؤثّرُ معدل العائد على الأصول في شركات TPA (ROA) بشكل معنوي في حجم المطالبات في شركات التأمين (CLAI)

قام الباحث بتقدير نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع (ARDL model)، بين المتغيرين والذي تظهر نتائجه في الجدول الآتي:

الجدول (4-8) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية الثانية

Prob.*	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0000	14.16903	0.077782	1.102095	LN_CLAI (-1)
0.4001	0.878834	2.067320	1.816830	ROA
0.2841	-1.131917	1.443688	-1.634135	C
18.80227	Mean dependent var		0.952611	R-squared
1.216985	S.D. dependent var		0.943134	Adjusted R-squared
0.562754	Akaike info criterion		0.290211	S.E. of regression
0.693127	Schwarz criterion		0.842222	Sum squared resid
0.535957	Hannan-Quinn criter.		-0.657901	Log likelihood
2.534334	Durbin-Watson stat		100.5104	F-statistic
			0.000000	Prob(F-statistic)

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

يظهر الجدول السابق بأن معدل العائد على الأصول في شركات TPA، لم يكن له أيّ أثر معنوي أو دال إحصائيا في المطالبات المدفوعة للتأمين الصحي من قبل شركات التأمين، حيثُ كانت قيمة مستويات الدلالة (Prob) المقابلة لاختبار T student من أجل معامل انحدار ROA أكبر من مستوى الدلالة النظري 0.05. من جهة أخرى يظهر الجدول السابق وجود دلالة إحصائية للعلاقة بين قيم المطالبات في الزمن t وقيمها في الزمن t-1 (أيّ أن مطالبات التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة تتأثر بقيمها التاريخية عند فجوة زمنية واحدة (CLAI $_{(-1)}$) ولا تتأثر بمعدلات العائد على الموجودات في شركات TPA.

يظهر من خلال معامل الانحدار المعنوي الوارد في الجدول (4-8) السابق بأن مطالبات التأمين الصحي في العام t ستتغير بمقدار 1.102% بالمتوسط مع كُلّ تغير فيها في العام (t-1) بمقدار 1% ، وبنفس جهة التغير، ذلك مع افتراض ثبات المُتغيرات الأخرى، ويمكن التعبير عن ذلك من خلال النموذج الآتي:

$$LN_CLAI = 1.102 * LN_CLAI\ (-1)$$

يظهر الجدول السابق أيضا كُلّ من قيمة معامل التحديد المعدل التي تبلغ (0.94)، ومؤشر اختبار F- Fisher لجودة مطابقة النموذج والتي تبلغ (100.5) مع مستوى دلالة محسوب (Prob) معدوم (أقل من مستوى الدلالة النظري 0.05) الأمر الذي يعني أن النموذج المقدر يعدُّ نموذجا مقبولا لتقدير قيم مطالبات التأمين الصحي اعتمادا على قيمتها الذاتية عند فجوة زمنية واحدة.

ومن خلال قيمة معامل التحديد المعدل يظهر أن 94% من التباين في قيمة مطالبات التأمين الصحي في شركات التأمين يمكن تفسيره بالتغير في القيمة الذاتية لتلك المطالبات عند فجوة زمنية واحدة (t-1).

- **اختبار النموذج المقابل للفرضية الثانية:**
  - **اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء:**

فيما يلي الجدول (4-9) يبين اختبار Breusch- Godfry للارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية للنموذج الثاني، والذي يظهر بأن النموذج لا يعاني من مشكلة الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية بحسب قيم مستويات الدلالة المحسوبة (المعنوية – Prob value) المقابل لاختبار F- Fisher، فقد كانت أعلى من مستوى الدلالة النظري 005، حيثُ بلغت (0.19) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول بعدم وجود الارتباط الذاتي بين الأخطاء العشوائية.

الجدول (4-9) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الثانية

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

0.1906	Prob. F (2,8)	2.053864	F-statistic
0.1102	Prob. Chi-Square (2)	4.410444	Obs*R-squared

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- **اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية:**

فيما يلي الجدول (4-10) نتائج اختبار Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey لتجانس تباين الأخطاء العشوائية، والذي يظهر أن قيمة Prob الاحتمالية المقابلة لاختبار فيشر لتجانس التباين مرتفعة (أعلى من 0.05)، (Prob) بالآتي القبول بفرضية العدم التي تقول بأن الأخطاء العشوائية للنموذج الثاني لا تظهر مشكلة في تجانس التباين.

الجدول (4-10) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الثانية

Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey

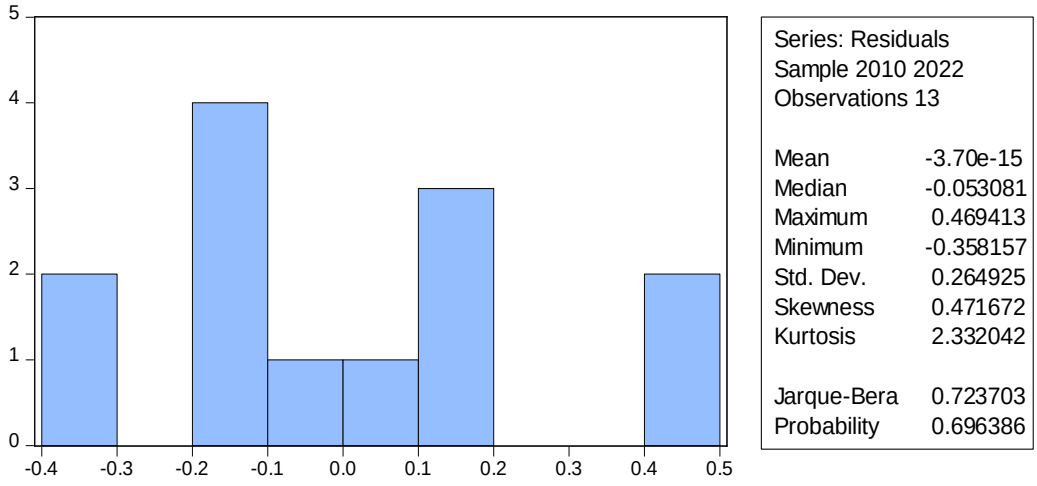
0.9256	Prob. F(2,10)	0.077929	F-statistic
0.9051	Prob. Chi-Square (2)	0.199506	Obs*R-squared
0.9615	Prob. Chi-Square (2)	0.078624	Scaled explained SS

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- **اختبار التوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية**

فيما يلي نتائج اختبار Jarque- Bera للتوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية مع قيمة مستوى الدلالة المحسوب المقابلة له، وتبلغ قيمة الاختبار (0.724) مع درجة احتمالية مقابلة تبلغ (0.696) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول باعتدالية التوزيع للأخطاء العشوائية الناتجة عن النموذج، أيّ أن الأخطاء العشوائية تتبع التوزع الطبيعي عند متوسط يقترب من الصفر.

الشكل (4-2) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية الثانية



المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

3.7.4 الفرضية الثالثة:

لا يُؤثّرُ معدل العائد على الأصول في شركات TPA (ROA) بشكل معنوي في الربح الفني في شركات التأمين (T-pro).

أظهرت نتائج اختبار التكامل المشترك درجة استقرار مختلفة للمتغيرين، إذ استقرت سلسلة الأرباح الفنية عند أخذ الفرق الثاني في حين كان معدل العائد على الأصول مستقرا عند المستوى، بالآتي يظهر الجدول (4-11) الآتي نتائج تقدير نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع ((ARDL model بين المتغيرين:

الجدول (4-11) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية الثالثة

Prob.*	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0067	3.402087	0.247826	0.843126	T_PRO (-1)
0.4992	0.701192	3.04E+08	2.13E+08	ROA
0.6934	0.405908	13380071	5431084.	C
15254340	Mean dependent var		0.543493	R-squared
57631045	S.D. dependent var		0.452192	Adjusted R-squared
38.17437	Akaike info criterion		42655080	S.E. of regression
38.30474	Schwarz criterion		1.82E+16	Sum squared resid
38.14757	Hannan-Quinn criter.		-245.1334	Log likelihood
1.558456	Durbin-Watson stat		5.952739	F-statistic
			0.019826	Prob(F-statistic)

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

يظهر الجدول السابق بأن معدل العائد على الأصول في شركات TPA، لم يكن له أيّ أثر معنوي أو دال إحصائيا في الأرباح الفنية لفرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة، حيثُ بلغت قيمة مستوى الدلالة (Prob) المقابلة لاختبار (T student) من أجل معامل انحدار معدل العائد (0.499)، وهي أكبر من مستوى الدلالة النظري (0.05)، مما يعني عدم وجود علاقة جوهرية لمعدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بالربح الفني في فرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة. ويظهر الجدول السابق وجود دلالة إحصائية للعلاقة بين الربح الفني لفرع التأمين الصحي في شركات

التأمين الخاصَّة في الزمن (t) وقيمته الذاتية في الزمن (t−1) حيثُ بلغت قيمية P الاحتمالية (0.0067) مما يعني أن الربح الفني لفرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة يتأثر بقيمته في الفترة الزمنية السابقة، أيّ عند فجوة زمنية واحدة ($t-pro_{(-1)}$)، دون التأثر بمعدلات العائد على الأصول في شركات إدارة الصحيَّة.

يظهر من خلال قيمة معامل الانحدار المعنوي الواردة في الجدول (4−11) السابق بأن الربح الفني للتأمين الصحي في شركات التأمين في العام (t) ستتغير بمقدار (0.843) وحدة مع كُلّ تغير بمقدار وحدة واحدة في العام (t−1)، مع افتراض ثبات المُتغيرات الأخرى، ويمكن التعبير عن ذلك من خلال النموذج الآتي:

$$T_PRO = 0.843 * T_PRO\ (-1)$$

يظهر الجدول (4−11) السابق أيضا كُلّ من قيمة معامل التحديد المعدل التي تبلغ (0.45)، ومؤشر اختبار F− Fisher لجودة مطابقة النموذج والتي تبلغ (5.95) مع مستوى دلالة محسوب (Prob) مقابل أقل من مستوى الدلالة النظري 0.05 حيثُ بلغ (0.0198) الأمر الذي يعني أن النموذج المقدر يعدُّ مقبولاً لتقدير قيم الربح الفني لفرع التأمين الصحي اعتماداً على قيمها الذاتية عند فجوة زمنية واحدة.

ومن خلال قيمة معامل التحديد المعدل يظهر أن 0.45 % من التباين في قيمة الربح الفني للتأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة يمكن تفسيره بالتغير في القيم الذاتية لهذه الأرباح عند فجوة زمنية واحدة ($t_{(-1)}$).

- **اختبار النموذج المقابل للفرضية الثالثة:**

- **اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء:**

فيما يلي الجدول (4−12) يبين نتائج اختبار Breusch− Godfry للارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية للنموذج الثالث، ومن خلاله يظهر بأن النموذج لا يعاني من مشكلة الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية حيثُ كانت قيمة (Prob value) المقابل لاختبار F−Fisher أعلى من مستوى الدلالة النظري (0.05) ، إذ بلغت (0.598) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول بعدم وجود الارتباط الذاتي بين الأخطاء العشوائية.

الجدول (4-12) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الثالثة

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

0.5977	Prob. F (2,8)	0.549211	F-statistic
0.4562	Prob. Chi-Square (2)	1.569447	Obs*R-squared

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- **اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية:**

يظهر الجدول (4-13) الآتي نتائج اختبار Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey لتجانس تباين الأخطاء العشوائية للنموذج المقابل للفرضية الثالثة، ويظهر أن قيمة Prob الاحتمالية المقابلة لاختبار فيشر لتجانس التباين قد بلغت (0.58)، وهي مرتفعة (أعلى من 0.05) (Prob)، بالآتي يمكن القبول بفرضية العدم التي تقول بأن الأخطاء العشوائية للنموذج الثالث لا تظهر مشكلة في تجانس التباين.

الجدول (4-13) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الثالثة

Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey

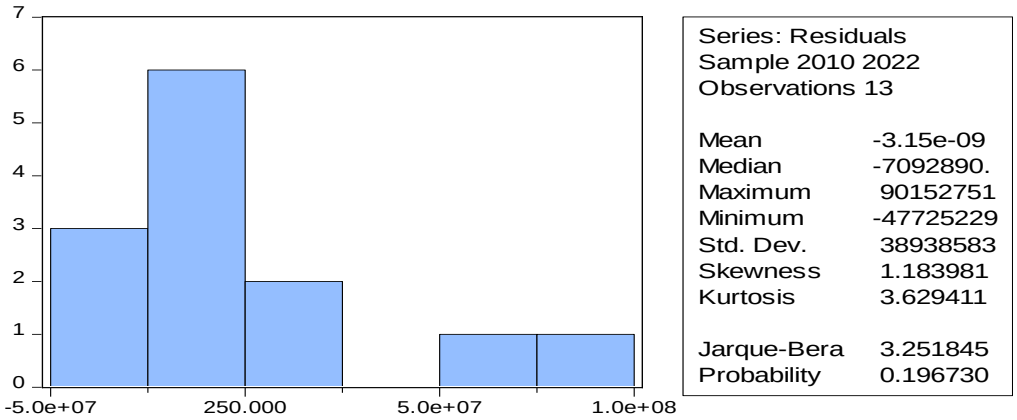
0.5846	Prob. F (2,10)	0.566787	F-statistic
0.5159	Prob. Chi-Square (2)	1.323605	Obs*R-squared
0.5976	Prob. Chi-Square (2)	1.029676	Scaled explained SS

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- **اختبار التوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية:**

يظهر الشكل البياني (3-4) الآتي نتائج اختبار Jarque- Bera للتوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية مع قيمة مستوى الدلالة المحسوب المقابلة له، وتبلغ قيمة الاختبار (3.25) مع درجة احتمالية مقابلة تبلغ (0.197) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول باعتدالية التوزيع للأخطاء العشوائية، بالآتي فالأخطاء العشوائية لهذا النموذج تتبع التوزع الطبيعي عند متوسط يقترب من الصفر.

الشكل (4-3) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية الثالثة



المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

4.7.4 الفرضية الرابعة:

لا يُؤثّرُ معدل العائد على الملكية في شركات TPA (ROE) بشكل معنوي في حجم أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين (Prem).

الجدول (4-14) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية الرابعة

Prob.*	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0000	19.96993	0.058020	1.158649	LN_PREM (-1)
0.2044	-1.368208	0.137596	-0.188260	ROE
0.0802	1.971382	0.147198	0.290184	ROE (-1)
0.0326	-2.522357	1.064812	-2.685835	C
19.18343	Mean dependent var		0.989106	R-squared
1.272683	S.D. dependent var		0.985475	Adjusted R-squared
-0.664093	Akaike info criterion		0.153383	S.E. of regression
-0.490262	Schwarz criterion		0.211738	Sum squared resid
-0.699823	Hannan-Quinn criter.		8.316602	Log likelihood
1.589329	Durbin-Watson stat		272.3872	F-statistic
			0.000000	Prob(F-statistic)

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

يتبين من خلال الجدول السابق بأن معدل العائد على الملكية في شركات TPA، لم يكن له أيّ أثر معنوي ودال إحصائيا في أقساط شركات التأمين، حيثُ كانت قيمة مستوى الدلالة (Prob) المقابلة لاختبار T student، من أجل معامل الانحدار الخاص ب ROE (0.20)، وهي أكبر من مستوى الدلالة النظري 0.05، إمَّاالدلالة فقد كانت لمعامل الانحدار المقابل لقيمة الأقساط الذاتية (للعام السابق)، وبحسب اختبار F- Fisher لجودة مطابقة النموذج قد أظهر قيمة (272.39) مع مستوى احتمالية معدوم (0.0000) مما يعني أن النموذج يعدُّ مقبولا نظرا لانخفاض قيمة Prob المقابلة لاختبار Fisher.

اختبارات النموذج

- **اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء**

فيما يلي الجدول (4-15) يبين اختبار Breusch- Godfry للارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية، والذي يظهر بأن النموذج لا يعاني من هذه المشكلة بحسب قيم مستويات الدلالة المحسوبة (المعنوية – Prob value) المقابل لاختبار F- Fisher، فقد كانت أعلى من مستوى الدلالة النظري 005، إذ بلغت (0.7679) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول بعدم وجود الارتباط الذاتي بين الأخطاء العشوائية.

الجدول (4-15) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الرابعة

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

0.7679	Prob. F (2,7)	0.274293	F-statistic
0.6235	Prob. Chi-Square (2)	0.944762	Obs*R-squared

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- **اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية**

فيما يلي الجدول (4-16) يبين نتائج اختبار Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey لتجانس تباين الأخطاء العشوائية، والذي يظهر أيضا قيما مرتفعة لقيم Prob الاحتمالية المقابلة لاختبار F- fisher حيثُ بلغت (0.674) وهي أعلى من 0.05، بالآتي القبول بفرضية العدم التي تقول بأن الأخطاء العشوائية لا تظهر مشكلة عدم التجانس في التباين.

الجدول (4-16) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الرابعة

Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey

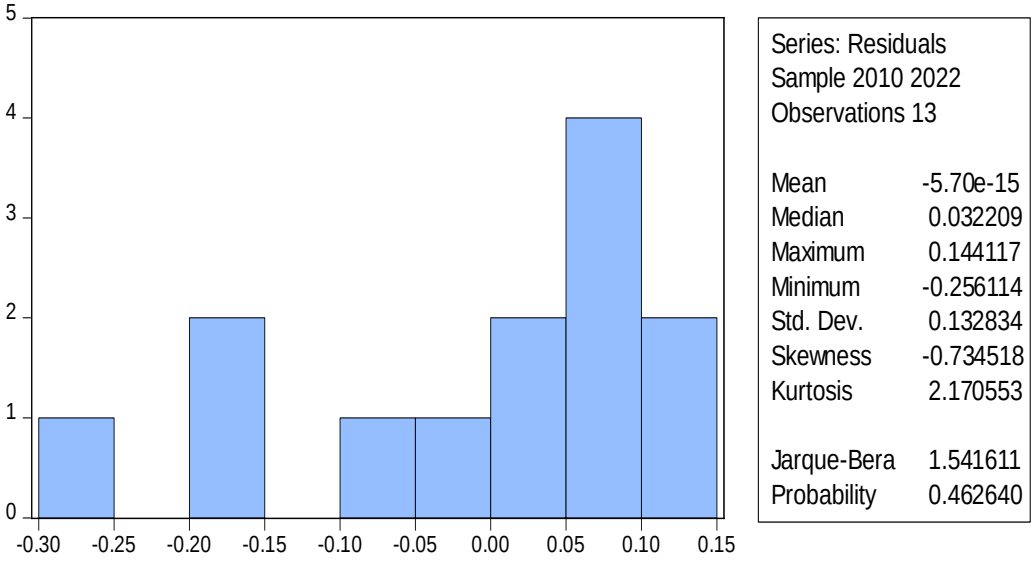
0.6744	Prob. F (3,9)	0.527574	F-statistic
0.5841	Prob. Chi-Square (3)	1.944242	Obs*R-squared
0.9088	Prob. Chi-Square (3)	0.545393	Scaled explained SS

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- اختبار التوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية

فيما يلي نتائج اختبار Jarque- Bera للتوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية مع قيمة مستوى الدلالة المحسوب المقابلة له، وتبلغ قيمة الاختبار (1.54) مع درجة احتمالية مقابلة تبلغ (0.463) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول باعتدالية التوزيع للأخطاء العشوائية الناتجة عن النموذج، أيّ أن الأخطاء العشوائية تتبع التوزع الطبيعي عند متوسط يقترب من الصفر.

الشكل (4-4) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية الرابعة.



المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

5.7.4 الفرضية الخامسة:

لا يُؤثّرُ معدل العائد على الملكية في شركات TPA (ROE) بشكل معنوي في حجم مطالبات التأمين الصحي في شركات التأمين (clai).

قام الباحث بتوليد نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع (ARDL model) بين المتغيرين، والذي تظهر نتائجه في الجدول (4-17) الآتي:

الجدول (4-17) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية الخامسة

Prob.*	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0000	10.84775	0.102729	1.114382	LN_CLAI (-1)
0.8299	-0.220510	0.257591	-0.056801	ROE
0.3541	-0.971775	1.864456	-1.811832	C
18.80227	Mean dependent var		0.949198	R-squared
1.216985	S.D. dependent var		0.939038	Adjusted R-squared
0.632301	Akaike info criterion		0.300480	S.E. of regression
0.762674	Schwarz criterion		0.902880	Sum squared resid
0.605503	Hannan-Quinn criter.		-1.109955	Log likelihood
2.431295	Durbin-Watson stat		93.42181	F-statistic
			0.000000	Prob(F-statistic)

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

يظهر الجدول السابق بأن معدل العائد على الملكية في شركات TPA لم يُؤثّرُ بشكل معنوي و دال إحصائيا في المطالبات المدفوعة للتأمين الصحي من قبل شركات التأمين، حيثُ كانت قيمة مستوى الاحتمالية (Prob) المقابلة لاختبار T student من أجل معامل الانحدار للمتغير (ROE) أعلى من مستوى الدلالة النظرية 0.05 (إذ بلغت قيمة Prob 0.83)، في حين لم كانت هذه القيمة أعلى من مستوى الدلالة النظري (0.05) أمام معامل الانحدار المقابل للقيمة الذاتية لحجم المطالبات عند فجوة زمنية واحدة (في الزمن t-1).

يظهر الجول السابق أيضا كُلّ من قيمة معامل التحديد المعدل التي تبلغ (0.939)، ومؤشر اختبار F-Fisher لجودة مطابقة النموذج والتي تبلغ (93.42) مع مستوى دلالة محسوب (Prob) مقابل أقل من مستوى الدلالة النظري 0.05 (حيثُ كان معدوما) الأمر الذي يعني أن النموذج المقدر يعدُّ نموذجا مقبولا لتقدير قيم مطالبات التأمين الصحي اعتمادا على قيمتها الذاتية للفترة السابقة فقط .

اختبار النموذج المقابل للفرضية الخامسة:

- **اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء:** يبين الجدول (4-18) الآتي اختبار Breusch- Godfry للارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية للنموذج المقابل لهذه الفرضية، و يظهر بأن النموذج لا يعاني من مشكلة الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية بحسب قيمة مستوى الدلالة المحسوب (Prob

value) المقابل لاختبار F- Fisher، فقد كانت أعلى من مستوى الدلالة النظري 005، حيثُ بلغت (0.1212) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول بعدم وجود مشكلة الارتباط الذاتي بين الأخطاء العشوائية.

الجدول (4-18) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الخامسة

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

0.1212	Prob. F (2,8)	2.779957	F-statistic
0.0696	Prob. Chi-Square (2)	5.330335	Obs*R-squared

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

-اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية

فيما يلي الجدول (4-19) يتضمَّن نتائج اختبار Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey لتجانس تباين الأخطاء العشوائية، والذي يظهر أن قيمة Prob الاحتمالية المقابلة لاختبار فيشر لتجانس التباين مرتفعة (أعلى من 0.05)، (حيثُ بلغت 0.54)، بالآتي القبول بفرضية العدم التي تقول بأن الأخطاء العشوائية للنموذج لا تظهر مشكلة في تجانس التباين.

الجدول (4-19) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية الخامسة

Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey

0.5395	Prob. F (2,10)	0.656916	F-statistic
0.4701	Prob. Chi-Square (2)	1.509641	Obs*R-squared
0.7313	Prob. Chi-Square (2)	0.625916	Scaled explained SS

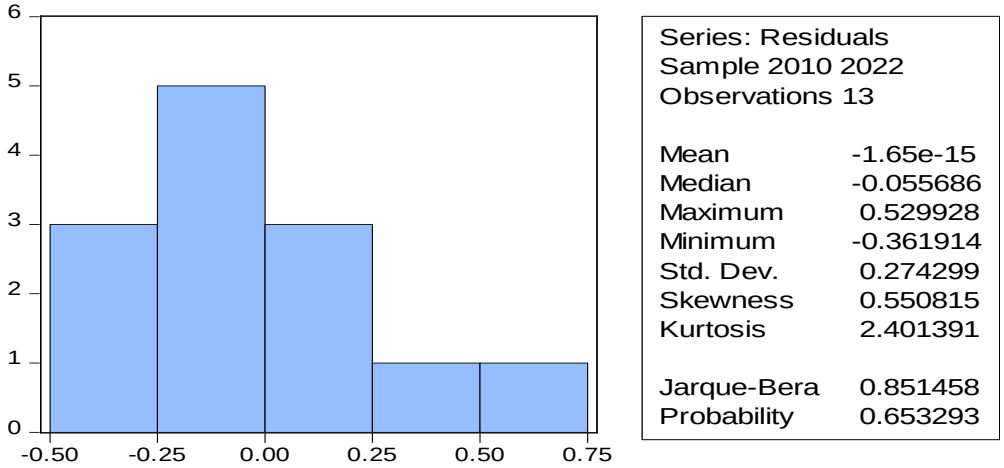
المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- **اختبار التوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية**

فيما يلي نتائج اختبار Jarque- Bera للتوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية مع قيمة مستوى الدلالة المحسوب المقابلة له، وتبلغ قيمة الاختبار (0.851) مع درجة احتمالية مقابلة تبلغ (0.653 تقريبا) أيّ

أعلى من 0.05 النظرية، مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول باعتدالية التوزيع للأخطاء العشوائية الناتجة عن النموذج، أيّ أن الأخطاء العشوائية تتبع التوزع الطبيعي عند متوسط يقترب من الصفر.

الشكل (4-5) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية الخامسة.



المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

6.7.4 الفرضية السادسة:

لا يُؤثّرُ معدل العائد على الملكية في شركات TPA (ROE) بشكل معنوي في الربح الفني في شركات التأمين (T- prof).

الجدول (4-20) نتائج اختبار نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع للفرضية السادسة

Prob.*	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0031	4.422889	0.190143	0.840983	T_PRO (-1)
0.0646	-2.190756	0.242146	-0.530483	T_PRO (-2)
0.0060	3.890812	17601656	68484728	ROE
0.0316	2.678113	23311681	62431323	ROE (-1)
0.0574	-2.271039	8368488.	-19005165	C

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

يظهر الجدول السابق بأن الأرباح الفنية للتأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة قد تأثر جوهرياً وبشكل معنوي، بمعدل العائد على الملكية في شركات TPA، وذلك عند المستوى (دون أخذ الفروق لمعدل العائد) وعند الفرق الأول، حيثُ كانت قيمة مستوى الدلالة (Prob) المقابلة لاختبار T student من

أجل معاملي الانحدار مقابل معدل العائد (0.006) عند المستوى و (0.0316) عند فجوة زمنية واحدة، وهما أكبر من مستوى الدلالة النظري 0.05، مما يعني وجود علاقة جوهرية بين معدل العائد على الملكية في شركات الإدارة و الربح الفني للتأمين الصحي في شركات التأمين.

يظهر من خلال قيمتي معاملي الانحدار المعنويتين الواردتين في الجدول (4-20) السابق بأن الربح الفني للتأمين الصحي في شركات التأمين في العام t ستتغير بالمتوسط بمقدار (68484728) وحدة مع كُلّ تغير بمقدار نقطة واحدة في معدل العائد على الملكية في نفس العام وفي نفس جهة التغير، إضافة إلى تغير بنفس الاتجاه أيضا بمقدار متوسط يبلغ (62431323) بتغير معدل العائد على الملكية في العام (t-1) بمقدار نقطة واحدة، و مع افتراض ثبات المُتغيرات الأخرى، ويمكن التعبير عن ذلك من خلال النموذج الآتي:

$$T_PRO = 68484728.2771 * ROE + 62431323.0042 * ROE\ (-1)$$

يظهر الجدول (4-21) السابق أيضا كُلّ من قيمة معامل التحديد المعدل التي تبلغ (0.86)، ومؤشر اختبار F- Fisher لجودة مطابقة النموذج والتي تبلغ (18.48) مع مستوى دلالة محسوب (Prob) مقابل أقل من مستوى الدلالة النظري 0.05 حيثُ بلغ (0.0008) الأمر الذي يعني أن النموذج المقدر يعدُّ نموذجا مقبولا لتقدير قيم الربح الفني لفرع التأمين الصحي اعتمادا على قيمة معدل العائد على حقوق الملكية في شركات TPA.

ومن خلال قيمة معامل التحديد المعدل يظهر أن 86. % من التباين في قيمة الربح الفني للتأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة يمكن تفسيره بالتغير في معدل العائد على الملكية في شركات TPA إضافة إلى التغير في القيم الذاتية للربح الفني في العام السابق($t_{(-1)}$) T- prof.

- **اختبار النموذج المقابل للفرضية السادسة:**

- **اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء**

فيما يلي الجدول (3-22) لنتائج اختبار Breusch- Godfry للارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية للنموذج المقابل للفرضية السادسة، ومن خلاله يظهر بأن النموذج لا يعاني من مشكلة الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية حيثُ كانت قيمة (Prob value) المقابل لاختبار F- Fisher أعلى من مستوى الدلالة النظري 0.005، إذ بلغت (0.76) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول بعدم وجود الارتباط الذاتي بين الأخطاء العشوائية.

الجدول (4-21) نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية السادسة

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

0.7628	Prob. F (2,5)	0.285975	F-statistic
0.5402	Prob. Chi-Square (2)	1.231777	Obs*R-squared

من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- **اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية:**

يظهر الجدول (4-22) الآتي نتائج اختبار تجانس تباين الأخطاء العشوائية للنموذج المقابل للفرضية السادسة، ويظهر أن قيمة Prob الاحتمالية المقابلة لاختبار فيشر لتجانس التباين قد بلغت (0.985)، وهي مرتفعة (أعلى من 0.05)، (Prob) بالآتي القبول بفرضية العدم التي تقول بأن الأخطاء العشوائية للنموذج لا مشكلة في تجانس التباين.

الجدول (4-22) نتائج اختبار تجانس التباين للأخطاء العشوائية لنموذج الفرضية السادسة

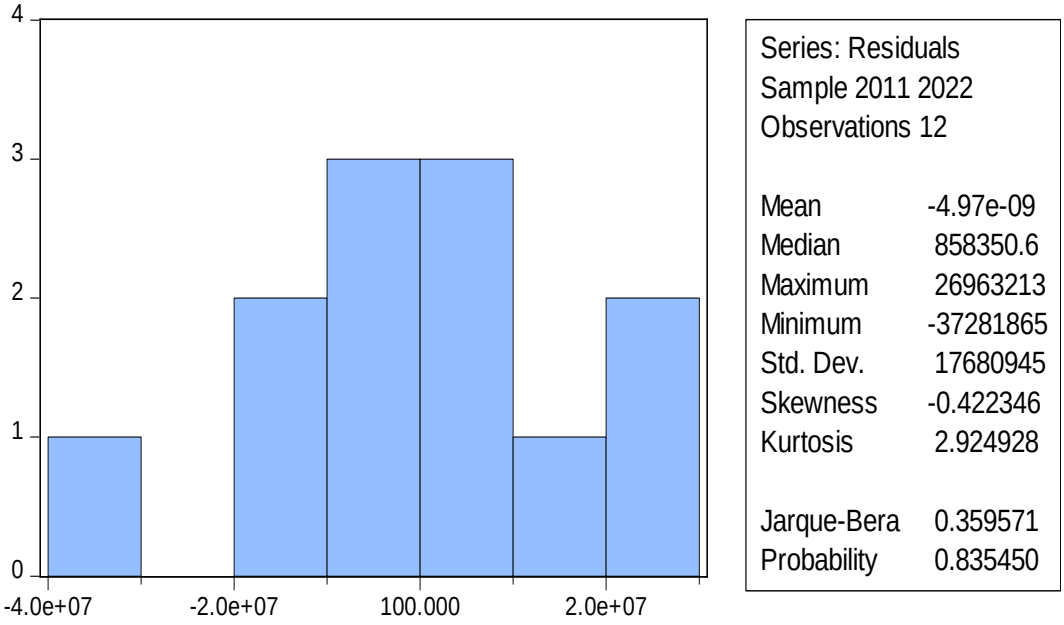
Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey

0.9850	Prob. F (4,7)	0.083203	F-statistic
0.9690	Prob. Chi-Square (4)	0.544637	Obs*R-squared
0.9963	Prob. Chi-Square (4)	0.178372	Scaled explained SS

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

- **اختبار التوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية:** يظهر الشكل البياني (3-6) الآتي نتائج اختبار Jarque- Bera للتوزع الطبيعي للأخطاء العشوائية مع قيمة مستوى الدلالة المحسوب المقابلة له، وتبلغ قيمة الاختبار (0.3596) مع درجة احتمالية مقابلة تبلغ (0.835) مما يعني القبول بفرضية العدم التي تقول باعتدالية التوزيع للأخطاء العشوائية، بالآتي فالأخطاء العشوائية لهذا النموذج تتبع التوزع الطبيعي عند متوسط يقترب من الصفر.

الشكل (4-6) نتائج اختبار التوزع الطبيعي للنموذج المقابل للفرضية السادسة



المصدر: من إعداد الباحث باستخدام EViews 10

النتائج:

1- ضعف إقبال المواطنين السوريين على التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

2- اعتماد شركات التأمين الخاصَّة على شركات إدارة النفقات الصحيَّة في إدارة محافظ التأمين الصحي بدءاً من التسعير ولغاية معالجة المطالبات الصحيَّة.

3- عدم وجود حدود فاصلة واضحة وحاسمة بين نطاق أعمال شركات إدارة النفقات الصحيَّة وشركات التأمين الخاصَّة.

4- يُشكّلُ التأمين الصحي الإلزامي للقطاعيين الإداري والاقتصادي 79 % من حجم سوق التأمين الصحي السوري، وربما هذا ما يدفع شركات التأمين الخاصَّة إلى الاعتماد شبه التام على شركات النفقات الصحيَّة.

5- يُشكّلُ عدد المؤمنين لهم من خلال شركات التأمين الخاصَّة فقط 15 %، زهو ما يدل على اعتماد شركات إدارة النفقات الصحيَّة على المؤسسة السوريَّة العامة للتأمين إلى تحقيق الاستمرارية.

6- وجود تضارب مصالح بين شركات النفقات الصحيَّة وشركات التأمين الخاصَّة، لا سيما في التسعير والتسويق والتنافس.

7- معدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الطبية، لم يكن له أيّ أثر معنوي ودال إحصائياً في أقساط فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة، الدلالة المعنوية لقيمة الأقساط الذاتية عند فجوة واحدة (أيّ أن أقساط التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة تتأثر بقيمها التاريخية للعام السابق)، حيثُ ومن خلال معامل الانحدار يلاحظ أن تغيراً في أقساط التأمين في الزمن t-1 بمقدار نقطة مئوية واحدة ستسبب تغيراً في نفس الاتجاه فالأقساط في الزمن t بمقدار 1.1457 %، وذلك مع افتراض ثبات المغيرات الأخرى.

8- معدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الطبية، لم يكن له أيّ أثر معنوي ودال إحصائياً في مطالبات فرع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة، الدلالة المعنوية لقيمة المطالبات الذاتية عند فجوة واحدة (أيّ أن مطالبات التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة تتأثر بقيمها التاريخية للعام السابق)، حيثُ ومن خلال معامل الانحدار يلاحظ أن تغيراً في

أقساط التأمين في الزمن t−1 بمقدار نقطة مئوية واحدة ستسبب تغيراً في نفس الاتجاه فالأقساط في الزمن t بمقدار 1.102%، وذلك مع افتراض ثبات المغيرات الأخرى.

9- عدم وجود علاقة جوهرية لمعدل العائد على الأصول في شركات إدارة النفقات الصحيَّة بالربح الفني في فرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة، وجود دلالة إحصائية للعلاقة بين الربح الفني لفرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة في الزمن (t) وقيمته الذاتية في الزمن (t−1)، ما يعني أن الربح الفني لفرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة يتأثر بقيمته في الفترة الزمنية السابقة، فالربح الفني في العام (t) سيتغير بمقدار (0.843) وحدة مع كُلّ تغير بمقدار وحدة واحدة في العام (t−1)، مع افتراض ثبات المُتغيرات الأخرى.

10−معدل العائد على الملكية في شركات TPA، لم يكن له أيّ أثر معنوي أو دال إحصائيا في أقساط فرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة.

11−معدل العائد على الملكية في شركات TPA، لا يُؤثّرُ بشكل معنوي أو دال إحصائياً في المطالبات المدفوعة للتأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصَّة.

12−معدل العائد على حقوق الملكية في شركات TPA، له أثر معنوي ودال إحصائياً في الأرباح الفنية لفرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة، ما يعني وجود علاقة جوهرية بين معدل العائد على الملكية في شركات الإدارة و الربح الفني للتأمين الصحي في شركات التأمين. فالربح الفني لفرع التأمين الصحي في شركات التأمين الخاصَّة في العام t ستتغير بالمتوسط بمقدار (68484728) وحدة مع كُلّ تغير بمقدار وحدة واحدة في معدل العائد على الملكية في نفس العام وفي نفس جهة التغير، إضافة إلى تغير بنفس الاتجاه أيضا بمقدار متوسط يبلغ (62431323) بتغير معدل العائد على الملكية في العام (t−1) بمقدار وحدة واحدة.

التوصيات:

1- إعادة النظر في تسمية شركات إدارة النفقات الصحيَّة ونطاق مسؤولياتها، والوقوف على نسبها إلى التسمية الأجنبية (TPA)، لوجود فروق بين ماهية النوعين ونطاق عملهما.

2- على هيئة الإشراف على التأمين في سوريَّة وضع قوانين وشروط حاسمة في الفصل بين مسؤوليات شركات التأمين وشركات إدارة النفقات الصحيَّة، لا سيما إسناد محافظ التأمين الصحي لبعض النقابات والصناديق لشركات إدارة النفقات الصحيَّة.

3- على شركات التأمين بذل جهود حقيقية لنشر الوعي التأميني بشكل عام، والتسويق لمنتجات التأمين الصحي بشكل خاص، لا سيما في ظل الظروف القاسية الحالية والارتفاع المستمر في أسعار الخدمات الصحيَّة.

4- على شركات التأمين الخاصَّة تطوير أنظمتها والعمل على الاعتماد على نفسها في معالجة مطالبات التأمين الصحي بشكل تدريجي نحو الاستغناء عن خدمات شركات إدارة النفقات الصحيَّة.

5- تعاون المؤسسة العامة وشركات التأمين على تطوير أنظمة تكنولوجية شاملة لكُلّ سوق التأمين الصحي، بهدف إدارة رشيدة لمحافظ التأمين الصحي، وتخفيف الأعباء وتحديد مكامن الضعف لا سيما في مسائل الاحتيال وسوء الاستخدام.

6- على شركات التأمين بذل جهود حقيقية لنشر الوعي التأميني بشكل عام، والتسويق لمنتجات التأمين الصحي بشكل خاص، لا سيما في ظل الظروف القاسية الحالية والارتفاع المستمر في أسعار الخدمات الصحيَّة.

7- على شركات التأمين الخاصَّة تطوير أنظمتها والعمل على الاعتماد على نفسها في معالجة مطالبات التأمين الصحي بشكل تدريجي نحو الاستغناء عن خدمات شركات إدارة النفقات الصحيَّة.

8- تعاون المؤسسة العامة وشركات التأمين على تطوير أنظمة تكنولوجية شاملة لكُلّ سوق التأمين الصحي، بهدف إدارة رشيدة لمحافظ التأمين الصحي، وتخفيف الأعباء وتحديد مكامن الضعف لا سيما في مسائل الاحتيال وسوء الاستخدام.

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

1. زكي، مها، (2023)، مبادئ إدارة الخطر والتأمين، جامعة القاهرة، مصر.
2. محمد النيداني، ياسر، حسن النية في التأمين، مجلة كُلّية القانون بجامعة طنطا، العدد 4، المجلد 35، 2020.
3. يوسف، شريف، (2020)، الغش وسوء الاستخدام في التأمين الصحي، المهدد الأخطر في شركات التأمين، بيروت، لبنان.
4. أساسيات التأمين (2019)، الأكاديمية المالية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
5. يوسف بحر، بلال الجدي (2019). أثر جودة الخدمات الصحيَّة على رضا المرضى، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 27، العدد 3، ص5.
6. علي الخضر، أحمد جزماتي (2018). التأمين الصحي أبرز التحديات التي تواجهه في سوريَّة، مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية، المجلد2، العدد1.
7. حبيب محمود، باسل أنور أسعد (2016)، دراسة تَحلُّيلية لواقع التأمين الصحي الحكومي من وجهة نظر العاملين في مديرية السياحة باللاذقية، مجلة جامعة البعث، مجلد 38، العدد 23، اللاذقية، سوريَّة، ص25.
8. معهد المالي– مؤسسة النقد العربي السعودي، مدخل إلى أساسيات التأمين، الرياض، 2016.
9. وائل صالح عامر، (2015)، التأمين التكافلي مُقارنة بالتأمين التجاري في سوريَّة، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، دمشق، سوريَّة.
10. المجمع العربي للمحاسبين القانونيين، المحاسبة الإدارية والمالية، الأردن، عمان، 2015
11. إلهام يحياوي، ليلى بوحديد (2014). تقييم جودة الخدمات الصحيَّة ومستوى رضا الزبائن عنها، مجلة الباحث، باتنة، العدد4، ص320.
12. عبد العباس حسن كاظم (2014). دور التَحلُّيل العاملي في تحديد أهم العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحيَّة المقدمة للمرضى، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، الكوفة، العدد4، ص248.
13. طبايبية سليمة (2014)، دور محاسبة شركات التأمين في اتخاذ القرارات وفق معايير الإبلاغ المالي الدولية دراسة حالة: الشركات الجزائرية للتأمين، رسالة ماجستير، كُلّية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التيسير، جامعة سطيف، الجزائر، ص27.
14. يوسف محمود، يسيرة دريباتي، علي يوسف (2014)، قطاع التأمين السوري وأثر دخول شركات تأمين خاصَّة على حجم الطلب التأميني، مجلة جامعة تشرين، سوريَّة، ص 225–241
15. دستور الجمهورية العربية السوريَّة لعام 2012، المواد (2،22،25).

16. ديما الديك (2011). تحديات التأمين الصحي وأثرها على جودة الخدمة المقدمة في سوق التأمين السوريَّة، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، ص34.
17. مروان مطره جي: رئيس مجلس إدارة الشركة الدولية لإدارة الخدمات الصحيَّة إيمبا (2010). أهمية شركات إدارة الخدمات والنفقات الصحيَّة، مجلة المصارف والتأمين، العدد 13.
18. حربي محمد عريقات (2008)، التأمين وإدارة الخطر، دار الأوائل، عمان، الأردن، ص370
19. التأمين في سوريَّة بين الواقع وآفاق المستقبل (2007)، المركز الاقتصادي السوري (تقرير خاص)، SyrMobi، دمشق، سوريَّة، ص17.
20. خديجة حسين نصر (2007)، نظام التأمين الصحي في مناطق السلطة الفلسطينية الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله، فلسطين.
21. عبود، عبد اللطيف، (2007)، نشوء التأمين وتطوره، ورقة العمل قدمت في ندوة (التأمين في الإعلام)، دمشق، سوريَّة.
22. منظمة الصحة العالمية (2007). الإدارة الصحيَّة، أكاديميا إنترناشيونال، بيروت، ص14-17
23. المرسوم التشريعي /43/ لعام 2005م، الناظم لأعمال التأمين لتطوير عمل قطاع التأمين وإعادة التامين في سوريَّة.
24. صاحب الفتلاوي (2001)، دور المسؤولية المدنية في حماية البيئة من التلوث في ضوء التقدم العلمي والتقني، مجلة البلقاء للعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد8، العدد2، ص24.

المراجع الأجنبية:

1. Cathy Irving, Sean Agass, Eleanor Stanley, A short history of the Health Foundation, the Health Foundation, London,2022.
2. Insurance History," The Institutes, last modified April 2020, https: //www.theinstitutes.org/about-us/insurance-history.
3. Kaplan Schweser, CFA Level 1, Financial Statement Analysis, eBook,2019.
4. Hull, J. C. (2018). Options, Futures, and Other Derivatives (10th ed.). Pearson
5. Kwon, W. Jean &Wolform, Leigh, Analytical tools for the insurance market and macro-prudential surveillance, OECD Journal Financial Market Trends, Nov,2016.

6. Olson, D. L., & Wu, D. D. (2015). Enterprise Risk Management. World Scientific Publishing Company.
7. Moeller, R. R. (2011). COSO Enterprise Risk Management: Establishing Effective Governance, Risk, and Compliance Processes. Wiley.
8. Saunders, A., & Allen, L. (2010). Credit Risk Management in and Out of the Financial Crisis: New Approaches to Value at Risk and Other Paradigms. Wiley Finance.
9. Fabozzi, F. J., & Peterson Drake, P. (2009). Finance: Capital Markets, Financial Management, and Investment Management. Wiley.
10. Eccles, R. G., Newquist, S. C., & Schatz, R. (2007). Reputation and Its Risks. Harvard Business Review.
11. Basel Committee on Banking Supervision (2006). *International Convergence of Capital Measurement and Capital Standards: A Revised Framework*. Bank for International Settlements.
12. Outreville, J. F. Theory and practice of insurance. Dordrecht: Kluwer Academic,1998, p 131
13. Peter L. Bernstein, Against the Gods: The Remarkable Story of Risk, John Wiley & Sons,1996.
14. Williams, C.A., Head, G.L., Horn, R.C. and G.W. Glendenning, Principles of Risk Management and Insurance, Malvern, Pennsylvania: American Institute for Property and Liability Underwriters, 2nd ed., 1981.
15. Mehr, R.I. and E. Cammack, Principles of Insurance, Homewood, Illinois: Richard D. Irwin, 7th ed., 1980.

المواقع الإلكترونية:

1. World Health Organization (WHO): www.who.int
2. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان –الجمعية العامة للأمم المتحدة https://www.un.org/ar/global-issues/human-rights
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): www.cdc.gov
4. التقرير السنوي لقطاع التأمين السوري 2010 https://www.sisc.sy/img/uploads1/publication_pdf_174.pdf
5. القانون المدني السوري، الصادر بتاريخ 1949/5/18 وتعديلاته، المادة 713 http://www.moj.gov.sy/ar/node/560
6. التقارير السنوية الصادرة عن هيئة الإشراف على التأمين (تمَّ الاطلاع عليها بشكل دوري): http://www.sisc.sy/Publications/37/32/Ar
7. عبد الوهاب الخطيب (2009). التأمين الصحي بين منطلقاتهم ومنطلقاتنا. https://www.aleqt.com/2009/05/01/article_7601.html (تمَّ الاطلاع عليه 2024/7/5).
8. عفراء كوسا (2018). التأمين الصحي في سوريَّة.. صعوبات وتحديات http://www.damas-times.com/?page=8&page_id=30979 (تمَّ الاطلاع عليه 2020/7/4).
9. دور شركات إدارة النفقات الصحيَّة (2020). http://www.natinsurance.com/indexar.php?page=3&nb=74 (تمَّ الاطلاع عليه 2022/9/6).
10. التقارير السنوية الصادرة عن هيئة الإشراف على التأمين (تمَّ الاطلاع عليها بشكل دوري): http://www.sisc.sy/Providers/45/Ar

Abstract

This study investigates the influence of health expenditure management companies (TPAs) on the performance of health insurance within Syrian insurance firms. It begins by studying the nature of risk and insurance, tracing the historical development of the insurance sector in Syria, and identifying the opportunities and challenges it faces. The research delves into the specifics of health insurance, exploring its types and objectives.

Additionally, it assesses the current state of health insurance in Syria, addressing the tools available and the challenges encountered in the sector. The study emphasizes health care management, particularly the role of TPAs, and their relationship with Syrian insurance companies.

A theoretical framework is employed to explain the emergence and evolution of health insurance and health care in the Syrian market, alongside a review of relevant literature from Arab and international studies.

The study also utilizes a descriptive analytical approach to describe the sample and analyze the relationships between key variables through ARDL (autoregressive distributed lag) models, based on six hypotheses. These hypotheses test the relationships between the activities of TPAs and profitability indicators—namely, return on assets (ROA) and return on equity (ROE)—as independent variables impacting performance indicators such as premium size, claims size, and technical profit in private insurance companies.

The findings reveal that reliance on TPAs for managing health insurance portfolios, from pricing to claims processing, adversely affects the efficiency of the health insurance sector in Syria. This is exacerbated by unclear boundaries

between the roles of TPAs and insurance companies, as well as conflicts of interest in areas such as pricing, marketing, and competition. The study concludes that a significant relationship exists between the return on equity in TPAs and the technical profit of health insurance in private Syrian insurance.

Key Words: Insurance Company- Third Party Administrator- Medical Providers – Insureds.

Syrian Arab Republic

Ministry of Higher Education and Scientific Research

Damascus University

Faculty of Economics

Finance and Banking Department

The impact of the activity of health expenditure management companies (TPAs) on the performance of the health insurance branch in Syrian insurance companies

Research submitted for a Master's Degree in Finance and Banking

Prepared by: Khalaf Abdulbari Khalaf

Supervised by Professor Dr.: Ammar Naser Agha

Damascus-2024